



Pia Möttönen

ELINTAVAT PUNTARISSA - ÄIDIN JA VAUVAN PARHAAKSI

Raskausdiabeetikoiden saama elintapaohjaus ja toteutuneet elintapamuutokset raskauden aikana ja sen jälkeen

ELINTAVAT PUNTARISSA - ÄIDIN JA VAUVAN PARHAAKSI

Raskausdiabeetikoiden saama elintapaohjaus ja toteutuneet elintapamuutokset raskauden aikana ja sen jälkeen

Pia Möttönen
Opinnäytetyö
Kevät 2017
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (amk)

Tekijä: Pia Möttönen

Opinnäytetyön nimi: Elintavat puntarissa - Äidin ja vauvan parhaaksi

Työn ohjaaja: Maija Alahuhta

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Kevät 2017

Sivumäärä: 55 + 3 liitesivua

Yhä useammalla raskaana olevalla naisella todetaan raskausdiabetes. Tällä on merkittävä vaikutus myös äidin myöhempään terveyteen. On todettu, että raskausdiabeetikkoäidin riski sairastua kakkostyyppin diabetekseen myöhemmin elämässään on huomattava. Niin raskausdiabeteksessa kuin kakkostyyppin diabeteksessakin elintavat ovat keskeisessä asemassa sairauden hoidossa. Onkin tärkeää kiinnittää huomiota annettuun elintapaohjaukseen, jotta raskaudenaikaiset elintapamuutokset olisivat pysyviä ja näin ollen ehkäisisivät myös sairastumista 2. tyyppin diabetekseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla millaista elintapaohjausta raskausdiabetesta sairastaneet ovat saaneet, millaisia elintapamuutoksia nämä naiset ovat tehneet raskauden aikana ja sen jälkeen sekä mitä vaikuttavia tekijöitä siihen on liittynyt.

Tutkimuksessa on haastateltu raskausdiabetesta sairastaneita äitejä, joiden synnytyksestä on kulunut puolesta vuodesta yhteen vuoteen. Aineisto kerättiin teemahaastattelua käyttäen. Haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä ja tuloksena aineistosta muodostui kolme yhdistävää luokkaa: *Kokemukset elintapaohjauksesta, elintapamuutoksen toteutuminen raskausaikana ja elintapamuutoksen toteutuminen raskauden jälkeen.*

Tulosten perusteella haastateltavat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa elintapaohjaukseen. Annettua elintapaohjausta ja sen laadukkuutta arvioidessa on huomioitava myös se, että raskausdiabetes ilmenee eri tavalla jokaisella äidillä. Kaikki haastateltavat onnistuivat elintapamuutoksessa raskausaikana, mutta raskauden jälkeinen aika elintapamuutosten osalta koettiin haasteena. Tuloksissa on myös eritelty yhdistäviin luokkiin liittyvät elintapamuutosta edistävät tai haittaavat tekijät, joilla on iso merkitys tuloksia tarkasteltaessa.

Tuloksista on hyötyä terveydenhuollon ammattihenkilöstölle, jotka ohjaavat raskausdiabeetikko-äitejä. Tuloksia voidaan hyödyntää myös muuta ohjausta annettaessa, koska tuloksiin sisältyy myös paljon haastateltavien kokemuksia saadusta kohtelusta, heidän mielipiteidensä huomioimisesta ja kohtelusta yksilönä. On tärkeää löytää keino, jolla raskausdiabetesta sairastaneita äitejä voidaan tukea elintapamuutoksessa kokonaisvaltaisemmin myös raskauden jälkeen. Hoidon jatkuvuuden varmistaminen olisi ensiarvoisen tärkeää kakkostyyppin diabeteksen sairastumisriskiä ajatellen.

Asiasanat: Raskausdiabetes, ohjaus, elintapamuutos

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Author: Pia Möttönen
Title of thesis: Thinking about life style - For the sake of mother and baby
Supervisor: Maija Alahuhta
Term and year when the thesis was submitted: Spring 2017
Number of pages: 55 + 3 appendix pages

Gestational diabetes is an increasing problem among pregnant women. It has been studied that diagnosed gestational diabetes is a remarkable risk factor for type 2 diabetes. In gestational diabetes and type 2 diabetes healthy life style is the best treatment. Healthy life style also prevent these conditions. It is important to pay attention to the guidance given for pregnant women. The priority is to get life style changes permanent.

The aim of this thesis was to research what kind of guidance the pregnant women with gestational diabetes have had and how did they succeeded with their life style changes. The aim was also to describe different kind of factors which effected to those life style changes.

For this thesis I interviewed four woman who have been diagnosed gestational diabetes. The interviews took place in autumn 2016. Interviews were analyzed by using content analysis. After analysis I was able to define three different themes. Those themes were the experiences of given guidance, life style changes during pregnancy and life style changes after pregnancy. I have also defined different factors which affected somehow to those life style changes positively or harmful. My thesis is useful for people working with pregnant women. This thesis is also beneficial for all people in health and social care who give some kind of guidance to their patients.

The main results were that the experiences of the given guidance had been good, but there were differences between life style changes during the pregnancy and after it. All women succeeded with their life style changes during pregnancy but time after pregnancy was experienced more challenging. There were also other significant factors which affected to these life style changes and those factors effect more than we may even think.

It is important to find ways how women can be supported with their life style changes and particularly after pregnancy to lower the risk of type 2 diabetes. Now the mother has the responsibility of taking care of herself after pregnancy but we should develop different kind of ways to support and take care of them more comprehensive.

Keywords: Gestational diabetes, guidance, life style change

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	RASKAUSDIABETES JA SEN HOITO	8
2.1	Ruokavaliohoito	9
2.2	Liikunta	11
2.3	Lääkehoito	11
3	SEURANTA RASKAUDEN AIKANA, SYNNYTYKSESSÄ SEKÄ SYNNYTYKSEN JÄLKEEN	14
4	POTILASOHJAUS	16
5	HOITON SITOUTUMISEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ	18
6	OHJAUSMENETELMÄT JA HOITON SITOUTUMISEN ARVIOINTI	22
7	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	25
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	26
8.1	Kohderyhmä	26
8.2	Aineiston keruu	26
8.3	Aineiston analyysi	27
9	TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
9.1	Kokemukset elintapaohjauksesta	31
9.1.1	Elintapaohjauksen sisältö	31
9.1.2	Myönteiset kokemukset	32
9.1.3	Negatiiviset kokemukset	33
9.2	Elintapamuutoksen toteutuminen raskauden aikana	35
9.2.1	Myönteiset muutokset	35
9.2.2	Elintapamuutosta auttavia tekijöitä	36
9.2.3	Elintapamuutosta haittaavia tekijöitä	38
9.3	Elintapamuutoksen toteutuminen raskauden jälkeen	38
9.3.1	Myönteiset muutokset	39
9.3.2	Elintapamuutosta auttavia tekijöitä	40
9.3.3	Elintapamuutosta haittaavia tekijöitä	41
10	POHDINTA	42
10.1	Keskeisten tulosten tarkastelu	42
10.2	Tutkimuksen luotettavuus	45

10.3	Tutkimuksen eettisyys	47
10.4	Tulosten hyödynnettävyys ja kehittämishaasteet	48
10.5	Jatkotutkimusaiheet.....	50
LÄHTEET		51
LIITTEET		56

1 JOHDANTO

Viime vuosina raskausdiabeetikkojen määrä on lisääntynyt. Suomessa sokerirasituskokeen tulos oli vuonna 2011 poikkeava 12,5 %:lla synnyttäjistä (Tiitinen 2013, viitattu 14.10.2014). Jopa puolella suomalaisista naisista on raskausdiabeteksen riskitekijöitä (Diabetesliitto 2014, viitattu 15.10.2014). Raskausdiabetes on riski niin odottavalle äidille kuin vauvallekin ja sillä on kauaskantoisia seurauksia molempien terveyteen (Koivula 2008, viitattu 14.10.2014). Yksi merkittävä vaikutus myöhempään terveyteen on äidin riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Jos raskauden aikana tehdyssä sokerirasituskokeessa on ollut kaksi tai kolme poikkeavaa arvoa, on riski sairastumiselle jopa 40-60 % seuraavan 10-15 vuoden aikana. (Tiitinen 2013, viitattu 14.10.2014) Viiden sairaanhoitopiirin tyypin 2 diabeteksen ehkäisyhankkeessa raskausdiabeetikot nostettiin korkean riskin asiakkaiksi suoraan ilman riskitestiä. Tyypin 2 diabetes aiheuttaa Suomessa suorina ja epäsuorina kuluina noin 15 % terveydenhuollon menoista ja osuus on koko ajan kasvussa. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin loppuraportti 2008, viitattu 14.10.2014) Keskeisessä asemassa hoidon onnistumisessa on odottava äiti itse (Diabetesliitto 2012, 4).

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvailla millaista ohjausta raskausdiabetekseen sairastuneet ovat saaneet, miten he hoitavat itseään raskauden aikana ja sen jälkeen ja mitkä tekijät auttavat elämäntapamuutoksissa tai estävät niitä. Tutkimuksen tavoitteena on löytää tapoja, joilla voisi kehittää hoidonohjausta enemmän potilaslähtöisemmäksi ja näin ollen kehittää ennaltaehkäisevää hoitotyötä ja antaa raskausdiabetesta ohjaaville ammattilaisille uudenlaisia näkökulmia. Opinnäytetyöstä on myös minulle itselleni henkilökohtaista hyötyä. Tulevana terveydenhuollon ammattilaisena työhöni kuuluu olennaisena osana asiakkaiden ohjaus. Mielestäni opinnäytetyötäni ja haastateltavien kokemuksia ohjauksesta voi peilata ja verrata myös muihinkin ohjaustilanteisiin kuin pelkästään raskausdiabeetikon ohjaukseen. Mielenkiinto aihetta kohtaan heräsi, kun minulla itselläni diagnosoitiin raskausdiabetes ensimmäistä lasta odottaessani. Minulle se oli herätys siitä, että omat elämäntavat eivät ole kohdillaan. Raskausaikana suurin motivaatio terveellisiin elämäntapoihin oli lapsen etu. Kun lapsi on jo syntynyt ja kasvaa ja kehittyy koko ajan, haluankin äitinä näyttää mallia antamalla hänelle mahdollisimman hyvät lähtökohdat terveelliselle elämälle sekä myös itse pienentää riskiäni sairastua mahdollisesti joskus 2. tyypin diabetekseen.

2 RASKAUSDIABETES JA SEN HOITO

Raskausdiabetes on raskauden aikana ensimmäistä kertaa ilmenevä sokeriaineenvaihdunnan häiriö. Raskauden aikana raskaushormonien määrä veressä lisääntyy ja kehon rasvamäärä kasvaa. (Diabetesliitto 2014, 5.) Istukka erittää hormoneja, jotka auttavat sikiötä kasvamaan kohdussa, mutta samalla nämä hormonit haittaavat normaalia insuliinin toimintaa äidin elimistössä. Tätä tilaa kutsutaan insuliiniresistenssiksi. (American Diabetes Association 2016, viitattu 2.3.2017) Insuliini on haiman erittämä hormoni, jonka tehtävänä on kuljettaa ravinnosta saatu sokeri verestä kudoksiin. (Diabetesliitto 2014, 5) Insuliinin keskeisenä tehtävänä on säädellä sokeriaineenvaihduntaa, mutta se säätelee myös rasvojen ja valkuaisaineiden aineenvaihduntaa (Duodecim 2011, viitattu 20.10.2014). Jos haima ei pystykään tuottamaan insuliinia tarpeeksi, veren sokeripitoisuus nousee liian korkeaksi. Tätä tilaa kutsutaan raskausdiabetekseksi. Raskausdiabetes yleensä paranee synnytyksen jälkeen, mutta se altistaa äidin myöhemmin puhkeavalle 2. tyypin diabetekselle (Diabetesliitto 2014, 5).

Raskausdiabeteksen riskitekijöitä ovat ylipaino, suvussa oleva taipumus diabetekseen, yli 40 vuoden ikä, aiemmassa synnytyksessä yli 4,5-kiloinen lapsi, aiempi raskausdiabetes, sokeri aamuvirtsassa sekä munasarjojen monirakkulaoireyhtymä. Raskausdiabetes voi puhjeta vaikka altistavia tekijöitä ei olisikaan. (Diabetesliitto 2014, 5.)

Raskausdiabetes todetaan sokerirasituskokeella ja nykyään se suositellaankin tehtäväksi lähes kaikille raskaana oleville. Vain äideille, joilla on pieni riski sairastumiseen, ei tehdä sokerirasituskoetta. (Diabetesliitto 2014, 5.) Usein odottavat äidit eivät huomaa minkäänlaisia oireita raskausdiabeteksen puhjettua (Baby Center 2017, viitattu 2.3.2017). Sokerirasituskoe tehdään tavallisesti 24.-28. raskausviikolla. Jos odottavalta äidiltä löytyy taudin riskitekijöitä ja sairastumisriski on suuri, tehdään koe jo raskausviikoilla 12-16 ja uusitaan raskausviikoilla 24-28. (Diabetesliitto 2014, 5.)

Sokerirasituskokeessa tutkitaan veren sokeripitoisuus 12 tunnin paaston jälkeen. Ensin otetaan verensokerin paastoarvo, jonka jälkeen potilas juo liuksena 75 grammaa glukoosia. Verensokeri mitataan liuksen juomisesta tunnin ja kahden tunnin kuluttua. Verensokerin paastoarvon tulisi olla alle 5,3 mmol/l, tunnin kuluttua alle 10,0 mmol/l ja kahden tunnin kuluttua alle 8,6 mmol/l. Raskausdiabetes todetaan, jos yksikin näistä raja-arvoista ylittyy. (Diabetesliitto 2014, 6.)

Raskausdiabeteksen seurauksena sikiö saattaa kasvaa liian suureksi. Liian suurena, eli makrosomisena, pidetään täysaikaisesti syntynyttä lasta, jonka paino on yli 4,5 kilogrammaa. Lapsen liian suuresta koosta voi aiheutua ongelmia synnytyksen yhteydessä sekä myöskin sikiön hapenpuutteen riski on suurentunut. Vastasyntynyt lapsi voi kärsiä hypoglykemiasta eli lapsen verensokeripitoisuus on liian alhainen. Tällöin lapsen aivojen energiansaanti voi häiriintyä. On todettu, että raskausdiabeetikon lapsen riskit ylipainoon, veren glukoosiarvojen heittelyyn ja metaboliseen oireyhtymään myöhemmin elämänsä aikana on kasvanut. (Duodecim 2013, viitattu 15.10.2014)

Usein raskausdiabeetikon synnytys käynnistetään ennen laskettua aikaa. Jos äidin raskausdiabetesta hoidetaan pelkästään ruokavaliohoidolla ja verensokeritasot ovat pysyneet hyvinä ja raskaus sujunut ongelmitta, voidaan synnytyksen antaa mennä yli lasketusta ajasta 7-10 vuorokautta. Jos taas äidin raskausdiabetes on vaatinut lääkehoitoa, tulee raskauden käynnistämistä harkita raskausviikon 38 tultua täyteen ja viimeistään laskettuna aikana. Sikiön suuren koon vuoksi, alatiesynnytys ei välttämättä ole mahdollista vaan joudutaan tekemään keisarinleikkaus. Odottavalla äidillä on myös suurentunut riski kärsiä korkeista verenpaineista sekä riski sairastua jopa raskausmyrkytykseen. Noin 20 % raskausdiabeetikoista sairastuu vähintään toiseen edellä mainituista. Todennäköisyys raskausdiabeteksen uusiutumiselle seuraavassa raskaudessa on suuri; noin joka kolmas odottaja sairastuu siihen uudestaan. Riski sairastua 2. tyypin diabetekseen myöhemmin elämässä on huomattava. (Duodecim 2013, viitattu 16.10.2014)

Raskausdiabeteksen hoidon tavoitteena on äidin mahdollisimman normaali verensokeripitoisuus, joka mahdollistaa sikiön normaalin kasvun ja kehityksen. Raskausdiabeetikko seuraa itse kotona verensokeriarvoja ja niiden tavoitearvot ovat ennen ateriaa 5,5 mmol/l ja tunti aterian jälkeen 7,8 mmol/l. Diabeetikkoäidillä tulisi myös kiinnittää huomiota siihen, ettei paino pääse liiaksi nousemaan. (Diabetesliitto 2012, 6.)

2.1 Ruokavaliohoito

Raskausdiabeteksen tärkein hoito on oikeanlainen ruokavalio. Monipuolinen ruokavalio koostuu täysviljavalmisteista, kasviksista, marjoista ja hedelmistä, vähärasvaisista maito- ja lihavalmisteista sekä pehmeää rasvaa sisältävistä öljyistä tai levitteistä. (Diabetesliitto 2014, viitattu

17.10.2014) Ruokavaliohoidon keskeisiä periaatteita on, että siinä noudatetaan yleisiä raskausajan ravitsemussuosituksia ja diabeteksen yleisiä ravitsemushoitosuosituksia. Normaalipainoisille suositellaan energiaa saatavaksi vuorokaudessa 1800-2000 kcal ja ylipainoisille 1600-1800 kcal. Ateriarytmin tulisi olla säännöllinen. Siihen kuuluu vähintään neljä ateriaa päivässä, eli aamiainen, lounas, päivällinen ja iltapala ja tarvittaessa 1-2 välipalaa. (Käypä hoito 2013, viitattu 17.10.2014)

Hiilihydraatteja on kaikissa viljavalmisteissa, nestemäisissä maitovalmisteissa, perunassa, marjoissa, hedelmissä ja mehuissa, sokerissa, siirapissa ja hunajassa ja niitä sisältävissä tuotteissa, kuten makeisissa ja leivonnaisissa (Diabetesliitto 2012, 9). Hiilihydraattien lähteet pyritään jakamaan tasaisesti usealle aterialle. Hiilihydraattien suositeltava osuus päivän energiansaannista on 40-50 % eli vähintään 150 grammaa vuorokaudessa. Sokerien osuus tästä määrästä tulisi olla enintään 10 % eli 15 grammaa. (Käypä hoito 2013, viitattu 17.10.2014)

Hiilihydraateista suositetaan runsaskuituisia hiilihydraatteja. Ne nostattavat verensokeria hitaammin kuin vähäkuituiset. Tuote on runsaskuituinen, kun sen kuitupitoisuus on yli 6 grammaa 100 grammassa. (Diabetesliitto 2012, viitattu 17.10.2014) Kuitua tulisi saada vuorokaudessa yhteensä 32-36 grammaa. Kuitua on runsaskuituisten viljavalmisteiden lisäksi myös kasviksissa, hedelmissä ja marjoissa. (Käypä hoito 2013, viitattu 17.10.2014) On kuitenkin huomioitava, että marjat ja hedelmät sisältävät hedelmä- ja rypälesokeria ja runsaasti syötynä nostavat verensokeria. Kolme hedelmä- tai marja-annosta päivän eri aterioille jaettuna on sopiva määrä. (Duodecim 2008, viitattu 17.10.2014)

Maitotuotteet ovat hyviä kalsiumin lähteitä, mutta ne sisältävät maitosokeria ja runsaasti käytettynä nostavat veren sokeripitoisuutta. Maitotuotteiden kerta-annokset onkin hyvä jakaa eri aterioille, eli 1-2 desilitraa maitoa tai piimää aterialla. (Duodecim 2008, viitattu 17.10.2014)

Rasvojen suositeltava saanti vuorokaudelle on 30-40 % eli 60-80 grammaa. Erityisesti pehmeän rasvan, eli kerta- ja monitydyttymättömien rasvahappojen osuus tulisi olla kaksi kolmasosaa. Riittävä pehmeän rasvan saanti on erityisen tärkeää, se parantaa glukoosin sietokykyä ja takaa välttämättömien rasvahappojen saannin. (Käypä hoito 2013, viitattu 17.10.2014) Liiallinen tyydyttyneiden rasvojen käyttö huonontaa rasvan laatua, nostaa painoa ja heikentää sokeriaineenvaihduntaa (Duodecim 2008, viitattu 17.10.2014).

Proteiinia suositellaan saatavaksi 10-20 % kokonaisenergian saannista vuorokaudessa. Proteiinia saa kalasta, lihasta, kananmunasta, juustoista, leikkeleistä ja maitotuotteista. Näistä on tärkeää valita vähärasvaisia sekä vähäsuolaisia tuotteita. (Duodecim 2008, viitattu 17.10.2014) Proteiinit muodostuvat 20 eri aminohaposta. Niistä kymmentä ihmisen elimistö ei kykene itse tuottamaan, joten ne on saatava ruuasta. Aminohapot ovat hyvin tärkeitä ihmisen keholle, koska ne toimivat rakennusaineina kudoksen- ja entsyymiproteiineissa sekä myös monissa hormoneissa ja hermostollisissa välittäjäaineissa. (Fineli 2013, viitattu 17.10.2014)

2.2 Liikunta

Raskausaikana keskimääräinen suositeltava painonnousu on 8-12 kiloa. Ylipainoisilla 6-8 kilon painonnousu on riittävä ja jos ylipainoa on reilusti, ei painon tulisi nousta ollenkaan. (Duodecim 2008, viitattu 17.10.2014) Liikunta vaikuttaa elimistössä siten, että se laskee glukoosin pitoisuutta veressä kuluttamalla hiilihydraatteja ja parantamalla insuliiniherkkyyttä (Diabetesliitto 2008, viitattu 17.10.2014) Liikunta on ruokavalion ohella hyvin tehokas hoitokeino raskausdiabetekseen. Se ei pelkästään vain laske verensokeria vaan auttaa myös selviytymään raskauden mukanaan tuomasta fyysisestä rasituksesta, nopeuttaa toipumista synnytyksestä ja ehkäisee liiallista painonnousua. (Diabetesliitto 2012, 17.)

Terveellisen liikunnan yleiset suositukset ovat voimassa raskaudenkin aikana. Nämä suositukset ovat viikon aikana 1 t 15 min tai 2 t 30 min kohtuullisen rasittavaa liikuntaa. Lisäksi lihaskuntoharjoittelua ja liikehallintaa lisäävää liikuntaa olisi hyvä harjoittaa kaksi kertaa viikossa. Myös arkiliikunta on tärkeää. Raskauden puolivälin jälkeen tulee varoa lajeja, joissa kohtu joutuu voimakkaaseen hölskyvään liikkeeseen. Loppuraskaudessa vatsamakuulla harjoittelua ja pitkäaikaista selin makuuta tulee välttää. (Diabetesliitto 2012, 17-18)

2.3 Lääkehoito

Keskimäärin joka viides raskausdiabetesta sairastava tarvitsee insuliinihoitoa. Insuliinipistoksille on tarvetta kun verensokeriarvot ylittävät tavoitearvot toistuvasti. Insuliiniannos määräytyy aina yksilöllisesti verensokeriarvojen mukaan ja hoito aloitetaan erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalla. Koska insuliini alentaa verensokeria, voi se joskus laskea liian alas. Tämä voi johtua esimerkiksi liian suuresta insuliiniannoksesta, aterian myöhästymisestä tai tavallista rasitta-

vammasta liikunnasta. Odottavan äidin onkin tärkeää pitää mukanaan sokeria sisältävää syötävää tai juotavaa, esimerkiksi sokerillista mehua tai sokeripaloja, jotta verensokeri saadaan nopeasti nousemaan. Raskausdiabeteksen hoidossa käytetyt annokset ovat kuitenkin niin pieniä, ettei matalan verensokerin oireita yleensä esiinny. (Diabetesliitto 2012, 19.)

Odottavan äidin raskausdiabeteksen hoitomuoto on monipistoshoido. Siinä pitkävaikutteinen insuliini huolehtii verensokeritasosta aterioiden välillä sekä yöllä. Pikainsuliini eli ateriainsuliini pistetään aterioiden yhteydessä ruuan sisältämän hiilihydraattimäärän ja aterian edeltävän verensokerin mukaan. (Diabetesliitto 2014, viitattu 20.10.2014)

Insuliini on ihmisen elimistössä ainoa hormoni, joka vaikuttaa verensokeria alentavasti. Insuliinin keskeisenä tehtävänä on säädellä sokeriaineenvaihduntaa, mutta se säätelee myös rasvojen ja valkuaisaineiden aineenvaihduntaa. Terveen haiman beetasolut erittävät insuliinia elimistöön tasaisin sykäyksin muutaman minuutin välein. Maksa on insuliinin tärkeä vaikutuspaikka, ilman insuliinin vaikutusta maksa toimisi hallitsemattomasti ja tuottaisi vereen liikaa sokeria. Insuliini erittyy vereen ja kulkeutuu porttilaskimon kautta ensin maksaan, jonka jälkeen se päätyy yleiseen verenkiertoon ja toimii ensisijaisesti lihas- ja rasvasoluissa. Ruuansulatuksen seurauksena hiilihydraatit imeytyvät sokerina vereen ja verensokeripitoisuus nousee. Tällöin beetasolut erittävät lisää insuliinia. Tätä aterian aiheuttamaa insuliinin erittymistä kutsutaan insuliinin aterian eli ruokaeritykseksi. Ateriainsuliinin tarve vaihtelee syödyn ravinnon hiilihydraatti- ja valkuaisainemäärän mukaan. Insuliinin erityys ei lopu täysin paastonkaan aikana normaalissa elimistössä vaan jatkuu kaiken aikaa, sitä kutsutaan taas insuliinin peruseritykseksi. Tätä toimintaa tarvitaan aterioiden välillä ja yöllä maksan toiminnan ja aineenvaihdunnan säätelyyn. Perusinsuliinin tarve riippuu ruumiillisen rasituksen määrästä ja elimistön stressireaktioista. (Duodecim 2011, viitattu 20.10.2014)

Lievässä raskausdiabeteksessä lääkityksenä voidaan myös käyttää metformiinia. Sitä ei kuitenkaan suositella ensisijaiseksi lääkkeeksi, koska 30 % raskausdiabeetikoista tarvitsee sen lisäksi myös insuliinia. Pitkäaikaisturvallisuudesta lapsen kannalta ei ole myöskään riittävästi näyttöä. Metformiinin käytössä on muitakin huomioonotettavia riskitekijöitä, kuten laktaatioasidoosivaara ja hypovolemia. Lääkitys tulee myös lopettaa vuorokausi ennen synnytystä mahdollisen synnytysverenvuodon aiheuttaman hypovolemian vuoksi. (Käypähoito 2013, viitattu 14.11.2014)

Lääketieteen lisensiaatti Kristiina Tertti osoitti vuonna 2013 julkaistussa väitöstudkimuksessaan, että raskausdiabeteksen hoidossa metformiini olisi turvallinen ja tehokas lääkitys. Tutkimuksessaan hän vertasi metformiinin turvallisuutta ja tehokkuutta insuliiniin ja tarkoituksena oli selvittää näiden lääkkeiden vaikutusta äitiin, sikiöön ja vastasyntyneeseen. Verrattuna insuliiniin, metformiini ei lisännyt haitallisia tapahtumia äidissä, sikiössä tai vastasyntyneessä eikä näiden hoitojen välillä ollut merkitseviä eroavaisuuksia esimerkiksi vastasyntyneiden syntymäpainossa, hypoglykemian esiintyvyydessä tai synnytystavassa. (Tertti 2013, 63-64.)

3 SEURANTA RASKAUDEN AIKANA, SYNNYTYKSESSÄ SEKÄ SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

Neuvolassa järjestetään määräaikaista terveystarkastuksia odottavalle äidille vähintään yhdeksän ja uudelleensynnyttäjälle vähintään kahdeksan. Näihin käynteihin sisältyy yksi laaja terveystarkistus sekä kaksi lääkärintarkastusta. Äitiysneuvolatoiminnan keskeisenä tavoitteena on turvata odottavan äidin sekä sikiön hyvinvointi ja terveys. Äitiysneuvolassa pyritään tunnistamaan mahdollisimman varhain raskaudenaikaiset ongelmat sekä järjestää viiveettä tarvittavaa hoitoa. Äitiysneuvolan toimintaa ohjaa terveydenhuoltolaki. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014, viitattu 21.10.2014)

Raskausviikoilla 12-16 neuvolassa tehdään lähete sokerirasitukseen, mikäli aiemmassa raskaudessa on diagnosoitu raskausdiabetes tai raskausdiabeteksen riskitekijät ovat huomattavat. Lähes kaikille raskaana oleville tehdään sokerirasituskoe raskausviikoilla 24-28. Mikäli raskausdiabetes todetaan, annetaan neuvolassa elintapaohjausta sekä verensokerimittari ja liuskat, jotta odottava äiti voi seurata verensokeriarvoja kotona. Verensokerien seurannan tiheys riippuu hoitomuodosta ja verensokeriarvoista. Mikäli raskausdiabetes on insuliinihoitoinen, kannattaa verensokereita seurata säännöllisesti. Ruokavaliohoidossa taas riittää yleensä harvemmat mittaukset. Mikäli sokerirasituskokeen arvot ovat olleet erityisen poikkeavat tai odottava äiti joutuu käyttämään raskausdiabetekseen lääkitystä, ohjataan hänet äitiyspoliklinikalle. Raskausdiabeteksen kokonaisvaltainen seuranta tapahtuu joko neuvolassa tai äitiyspoliklinikalla. Sikiön seurannan perusta on ultraäänitutkimus, jolla saadaan tietoa sikiön kasvusta, kehityksestä sekä napanuoran verenvirtauksesta. Viimeisellä raskauskolmanneksella otetaan sikiöstä myös sydämen sykekäyrää, se kertoo sikiön senhetkisen voinnin. (Diabetesliitto 2012, 5, 20.)

Raskausdiabetes ei vaikuta synnytyksen ajankohtaan tai tapaan millään tavalla, jos raskaus on sujunut ongelmitta eikä sikiön kasvussa ole poikkeavaa. Jos sikiö on kovin suurikokoinen raskauden keston nähden, synnytykseen valmistaudutaan harkinnan mukaan ennen laskettua aikaa. Mikäli synnytystä joudutaan aikaistamaan kovin paljon, sikiön keuhkojen kypsyys voidaan varmistaa lapsivesinäytteestä ennen synnytyksen käynnistämistä tai keisarinleikkausta. (Diabetesliitto 2012, 20.) Raskausdiabetes paranee yleensä, kun synnytys on ohi. Synnytyksen

jälkeen kuitenkin seurataan verensokeriarvoja 1-3 vuorokautta ja sen tarkoituksena on selvittää, tarvitseeko äiti edelleen insuliinia. Mittaukset tehdään aamulla sekä aterioiden jälkeen. Raskausdiabeteksen tehostettu hoito vähentää riskiä myös vastasyntyneen komplikaatioihin, joita ovat hengitysvaikeudet, hypoglykemia, suurentunut punasolujen tilavuusosuus sekä suurentunut kellastumisriski. Vastasyntyneen verensokeriarvoja seurataan ja mikäli vauvalla on matalan verensokerin oireita, seurataan sitä tiheästi 2 vuorokauden ikään saakka. Mikäli veren glukoosipitoisuus on alle 1,5 mmol/l, aloitetaan glukoosi-infuusio, jos verensokeri on 1,5-2,5 mmol/l, annetaan lapselle rintaa, jonka jälkeen annetaan myös lisämaitoa. Tämän jälkeen tehdään lisämittaus ja jos verensokeri on silloin vielä alle 2,6 mmol/l, aloitetaan glukoosi-infuusio. (Käypä hoito 2013, viitattu 9.1.2015)

Glukoosirasituskoe uusitaan kaikille raskausdiabeetikoille synnytyksen jälkeen. Mikäli raskausdiabetes on vaatinut lääkehoitoa, sokerirasituskoe tehdään 6-12 viikon kuluttua synnytyksestä, ruokavaliohoitoisille raskausdiabeetikoille noin vuosi synnytyksen jälkeen. Mikäli todetaan yksikään poikkeava arvo, jatkoseurannasta vastaa avoterveydenhuollon lääkäri. Kaikilta raskausdiabeteksen sairastaneilta naisilta seurataan myös 1-3 vuoden välein painoa, vyötärön ympärysmittaa, verenpainetta ja veren lipidipitoisuuksia. Ravitsemusneuvonnalla pyritään tukemaan normaalipainon saavuttamista ja sen ylläpitämistä. (Käypä hoito 2015, viitattu 9.1.2015)

Raskausdiabeetikolla on suurentunut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen ja sen ilmaantuvuus on suurimmillaan ensimmäisen viiden vuoden aikana. Riskiä lisäävät erityisesti raskaudenaikainen suuri painonnousu ja ylipaino synnytyksen jälkeen. Myös riski sairastua tyypin 1 diabetekseen on kohonnut, 5 % ravitsemushoitoisista sekä 5-10 % insuliinihoitoisista diabeetikoista sairastuu siihen. Tutkimusten mukaan äidin sairastamalla raskausdiabeteksella on vaikutusta myös lapsen myöhempään elämään; äidin sairastama raskausdiabetes suurentaa lapsen ylipainon, glukoosiaineenvaihdunnan sekä metabolisen oireyhtymän riskiä, erityisesti jos se liittyy ylipainoon. (Käypä hoito 2013, viitattu 9.1.2015)

4 POTILASOHJAUS

Onnistuneella potilasohjauksella voidaan saavuttaa monenlaisia terveyshyötyjä. Tutkimusten mukaan potilasohjauksella voidaan välittää tietoa, vähentää potilaan tuntemaa kipua, auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa, mahdollistaa potilaan itsehoito, varmistua hoidon jatkuvuudesta, vähentää pelokkuutta tai ahdistuneisuutta sekä nopeuttaa potilaan toipumista (Jaakonsaari 2009, 9). Laadukkaassa ohjauksessa asiakasta tuetaan niin tiedollisesti, emotionaalisesti kuin konkreettisestikin. Tiedollinen tuki käsittää sen, kuinka hyvin ja ymmärrettävästi asiakkaalle on kerrottu sairaudesta ja sen hoidosta ja kuinka hyvin asiakas on kerrotut asiat sisäistänyt. Emotionaalisella tuella tarkoitetaan asiakkaan tunteisiin liittyvien asioiden käsittelyä, jotta hoito ei häiritse asiakkaan arkipäivän elämää. Konkreettinen tuki tarkoittaa välineellistä tukea, eli erilaisia hoitovälineitä, apuvälineitä, taloudellista tukea tai muut järjestelyitä, jotka tekevät asiakkaan hoidon mahdolliseksi. (Kyngäs & Hentinen 2009, 76-78.)

Potilasohjaus on hoitotyön ydinalue, jonka merkitys on korostunut terveystalouden rakennemuutosten ja hoitoaikojen lyhentyessä. Se on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa hoitoalan ammattilainen tukee asiakkaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä vuorovaikutuksen avulla. (Jaakonsaari 2009, 6, 9.) Ohjaus-käsitteen lähikäsitteinä voidaan pitää tiedon antamista, neuvontaa ja opetusta (Kyngäs & Hentinen 2009, 79). Potilasohjaus on moniammatillista yhteistyötä, jonka tavoitteena on opetella yhteistyössä ohjattavan kanssa käytännön taitoja ja saavuttaa tilanne, jossa asiakas tuntee olonsa turvalliseksi ottaessaan itse vastuun omasta hoidostaan (Jaakonsaari 2009, 9).

Keskeisenä asiana ohjauksessa pidetään asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan ja ohjaajan jaettua asiantuntijuutta sekä vastuullisuutta. Asiakaslähtöinen ohjaus muodostuu asiakkaan henkilökohtaisista oppimistarpeista, jolloin asiakas yhdessä ohjaajansa kanssa tunnistaa hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä sekä etsii tapoja, jotka sopivat hänelle ja joita hänen on hyvä toteuttaa. Asiakkaan ja ohjaajan jaettu asiantuntijuus tarkoittaa sitä, että ohjaaja on ammattinsa puolesta asiantuntija ohjattavan asian sisällöstä, menetelmistä ja oppimisesta, mutta ohjattava itse on taas oman elämänsä asiantuntija. Ohjaajan tehtävänä onkin auttaa asiakasta käsittelemään tämän kokemuksia, ratkaisemaan ongelmia, käyttämään omia resurssejaan sekä etsimään ja löytämään erilaisia tapoja toimia. Asiakkaalla on vastuu omasta oppimisestaan ja tekemistään valinnoista. Ketään ei voi väkisin sitouttaa hoitoonsa ja aktiivista oppimista voikin

tapahtua vain, mikäli asiakas kokee toiminnan mielekkääksi ja se palkitsee häntä. Kun asiakas haluaa itse käyttää tietoa ja soveltaa sitä sekä ratkaista tiedon avulla mahdollisia ongelmia, toimii hän vastuullisesti ja näin ollen sitoutuu hoitoonsa. Onnistunut ohjaus edellyttää myös ohjaajalta vastuunottoa, hänen vastuullaan on ohjauksen suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Kyngäs & Hentinen 2009, 77.)

Eeva Korpi-Hyövälti on tutkinut väitöskirjassaan elämäntapaohjauksen merkitystä raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluvilla naisilla. Tutkimus osoittaa, että perusterveydenhuollossa on edellytykset järjestää raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluville naisille raskauden alusta lähtien ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa, edellyttäen kuitenkin, että ravitsemuksen ja liikunnan ohjausmahdollisuudet ovat käytettävissä. (Korpi-Hyövälti 2012, 42)

5 HOITOON SITOUTUMISEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Käsitys hoitoon sitoutumisesta ja mitä sillä tarkoitetaan, on muuttunut ajan kuluessa. Hoitoon sitoutumisen määrittelyt heijastavat kunakin aikana vallinnutta käsitystä asiakkaasta ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön toiminnasta sitoutumisen edistämiseksi. Yksi eniten käytetyistä ja vanhimmistä määritelmistä on vuonna 1979 Haynesin esittämä määritelmä "compliance is the extent to which a persons behaviour (in terms of taking medication, following diets, or executing life-style changes) coincides with medical or health advice". Kyseistä määritelmää on kuitenkin kritisoitu kirjallisuudessa. Kritiikkiä esittäneiden mukaan määrittely viittaa lääkärin ja muun terveydenhuoltohenkilöstön määräysvaltaan ja asettaa potilaan hoidossaan alisteiseen asemaan eikä se näin ollen johda toivottuihin tuloksiin. 1980-luvulta alkaen onkin tullut uudenlaisia määritelmiä, joissa korostetaan asiakkaan omaa osuutta ja toimintaa hoitoon sitoutumisessa. Sitoutuminen nähdään yhteistyönä ja vuorovaikutuksena asiakkaan ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä. Suomenkielisen termin hoitoon sitoutuminen on ottanut käyttöön ja määritellyt Hentinen vuonna 1984 ja myöhemmin sitä ovat täydentäneet muun muassa Kyngäs ja Hentinen. Heidän mukaansa hoitoon sitoutuminen määritellään siten, että se on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Terveydenhuollossa hoitoon sitoutumisessa on kyse hoidon vaikuttavuudesta ja asiantuntijat ovatkin sitä mieltä, ettei nykytilanteesta selvitä, ellei asiakkaita saada sitoutumaan hoitoonsa ja hoitamaan itseään paremmin. (Kyngäs & Hentinen 2009, 16-17, 23-24.)

Hoitoon sitoutumisen taustalla on käsitys ihmisestä arvokkaana ja oppivana yksilönä. Asiakkaan mielletään olevan aktiivinen ja vastuullinen ja hän on vastuussa omasta elämästään ja terveydestään sen yhtenä osa-alueena. Asiakas ei kuitenkaan voi yksin vaikuttaa elämäänsä tai terveyteensä, ihminen kun on myös osa fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kulttuuriympäristöään, perhettään, työ- tai kouluympäristöään ja yhteiskuntaa. Hän ei ole yksin vastuussa elämästään tai terveydestään eikä hänen tarvitse selviytyä kaikista tilanteista yksin. Sairaudet sekä muut terveyteen liittyvät tilanteet voivat olla usein sellaisia, että yksilö tarvitsee toisten ihmisten, yhteisöjen tai yhteiskunnan apua. (Kyngäs & Hentinen 2009, 20-21.) Usein oletetaan, että tiedon antaminen sairaudesta ja sen hoidosta riittää siihen, että potilas sitoutuu hoitoonsa (Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007, 501). Asiakkaan sitoutuminen hoitoonsa ja terveellisiin elämäntapoihin merkitsee parempaa terveyttä ja toimintakykyä, jotka osaltaan parantavat elämänlaatua, lisää

elinvuosia sekä luo turvallisuutta. Hoito saattaa edellyttää asiakkaalta elämän uudelleen järjestämistä, elämäntapojen muuttamista, uuden oppimista, vaivannäköä, aikaa ja jopa taloudellisia uhrauksia. Asiakkaan kannalta onkin olennaista se, kuinka hän pystyy ja osaa sovittaa uudet vaatimukset jokapäiväiseen elämäänsä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 23.)

Asiakkaan hoitoon sitoutumisen edistäminen osana terveydenhuollon henkilöstön omaa työtä, merkitsee yhteistyötä ja vastuunottamista koko hoitoprosessista yhdessä hoidettavan kanssa. Terveydenhuollon ammattihenkilön vastuu ei ulotu pelkästään asiakkaan välittömään hoitoon vaan myös kotona tapahtuvaan hoitoon ja mahdollisesti jopa koko asiakkaan loppuelämään. Se edellyttääkin uudenlaista näkökulmaa ja suhtautumista omaan työhön, uusia tietoja ja taitoja sekä lisää aikaa asiakkaalle. Hoitoon sitoutuminen voidaan ajatella välivaiheena terveyden edistämiseksi tai saavuttamiseksi ja hoitoon sitoutumisen arviointi antaa näyttöä saavutetuista tuloksista. Niiden perusteella terveydenhuoltohenkilöstö voi suunnata ja kehittää ohjausta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 24-25.)

Asiakkaan fyysisillä, psyykkisillä ja sosiaalisilla voimavaroilla näyttäisi olevan yhteys siihen, kuinka asiakas hoitaa itseään. Lähtökohtaisestikin ihmisillä on erilaiset voimavarat elämässään eteen tulevien asioiden hoitamiseen ja ratkaisemiseen, lisäksi tähän vaikuttavat esimerkiksi sairaudet ja muuttuvat elämäntilanteet, jotka kuluttavat voimavaroja joko pysyvästi tai tilapäisesti. Myös motivaatio on keskeinen sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Se on liikkeelle paneva voima, joka ohjaa toimintaa. Siihen vaikuttaa esimerkiksi se, kuinka tärkeäksi henkilö kokee asian ja asetettujen tavoitteiden saavuttamisen. Luottamusta omiin kykyihin sekä mahdollisuuksiin pidetään tärkeänä hoitoon sitoutumisen kannalta. Hoidon onnistumisen kannalta asiakkaan omakohtainen motivaatio sekä positiivisuus johtavat yleensä pysyviin tuloksiin, toisin kuin toisten varassa oleva motivaatio. Motivaation kannalta on välttämätöntä, että asiakkaalla on tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Myös hoitoon sitoutumisen kannalta tieto on tärkeää, tieto auttaa tilanteen jäsentämiseen, hoidon merkityksen oivaltamiseen ja sitä kautta hyväksymään sairautensa. Tiedon muuttaminen taidoiksi ei aina ole helppoa ja monet tarvitsevatkin käytännön harjoittelua. (Kyngäs & Hentinen 2009, 27-30.)

Hoitoon sitoutumisen kannalta merkittävää on myös se, että millaista hoito on ja mitä se edellyttää. Elämäntapamuutosten toteuttamista pidetään usein haastavampana kuin uusien asioiden opettelua. Hoidon kestolla on myös todettu olevan vaikutusta hoitoon sitoutumiseen, lyhytkestoiseen hoitoon on yleensä helpompi sitoutua. Merkittävä asia on myös se, että kuinka

asiakas kokee sairauden, hoidon tai elämäntapojen muutoksen aiheuttamat vaatimukset sekä arvioiko asiakas itse pystyvänsä vastaamaan niihin. Asiakkaan elämän prioriteetit sekä tavoitteiden asettelu vaikuttaa myös hoitoon sitoutumiseen, jos suunniteltu hoito on ristiriidassa elämän muiden tavoitteiden kanssa, hoitoon sitoutumisessa voi olla ongelmia. Asiakkaan tyytyväisyys saamaansa hoitoon on myös merkittävä. Se, että asiakas kokee tulevansa ymmärretyksi ja hyväksytyksi, ilmapiiri on positiivinen ja turvallinen, edistää yhteistyötä ja hoitoon sitoutumista. Myös kokemus oman elämänsä hallinnasta, vaikuttaa tähän edistävästi. (Kyngäs & Hentinen 2009, 31). On myös huomattava, että hoitoon sitoutuminen ja hoitomyönteisyys ovat kaksi eri asiaa. Olennaisin ero on siinä, että hoitoon sitoutumisessa potilas on samaa mieltä suosituksista ja hän on potilaana aktiivinen osapuoli sopimaan hoidostaan yhdessä terveydenhuollon henkilöstön kanssa. (WHO 2003, viitattu 3.3.2017)

Keskeisin hoitoon sitoutumiseen vaikuttava tekijä on ohjaajan ja ohjattavan välinen vuorovaikutussuhde. Hoidon järjestelyillä on myös tutkittu olevan merkitystä. Joidenkin tutkimusten mukaan hoidon järjestelyt ovat ehkä jopa tärkein hoitoon sitoutumista edistävä tekijä, lisäksi myös hoidon seurannan järjestäminen on merkityksellistä. Esimerkiksi heti saatu palaute hoitotuloksista, erityisesti jos se on positiivista palautetta, edistää asiakkaan hoitoon sitoutumista. Ratkaisevassa asemassa hoitoon sitoutumisessa on myös perheen ja läheisten tuki. Heidän tarjoamansa tuki voi olla konkreettista, emotionaalista tai tiedollista. Jaksamisen kannalta läheisten antaman tuki on välttämätöntä ja kiinteät suhteet, vähäinen ristiriitojen määrä ja hyvä perheen sisäinen kommunikaatio parantavat hoitoon sitoutumista. Hoito voi vaikuttaa asiakkaan lisäksi myös hänen koko perheeseensä, jolloin myös heidät tulee ottaa huomioon. Perheen tai läheisten hoitoon mukaan ottaminen voi olla ratkaisevassa asemassa hoitoon sitoutumisessa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 33-34.)

Vertaistuella tarkoitetaan sosiaalista tukea, joka sisältää tietoisuuden siitä, että on olemassa muita, joilta voi saada emotionaalista, tiedollista ja arviointia sisältävää tukea (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, viitattu 3.3.2017). Samassa tilanteessa oleminen antaa hyvän lähtökohdan toisen ymmärtämiselle ja tukemiselle, vertaistuki usein edistääkin hoitoon sitoutumista, erityisesti jos siihen sitoutuminen on ollut huonoa. Kotimaisten ja ulkomaisten tutkimusten mukaan vertaistuesta on kiistatonta hyötyä. Emotionaalisen tuen lisäksi käytännön asiat ja toisten kokemukset auttavat hoitoon ja arkielämään liittyvissä asioissa ja kysymyksissä. Terveydenhuollossa vertaistukea on hyödynnetty suhteellisen vähän, sen mukanaan tuomia

mahdollisuuksia ei välttämättä ole oivallettu tai siihen ei käytännössä ole resursseja. (Kyngäs & Hentinen 2009, 34.)

6 OHJAUSMENETELMÄT JA HOITOON SITOUTUMISEN ARVIOINTI

Yleisimmin annettava ohjaus on suullista yksilöohjausta. Tällöin ohjauksen antaja sekä ohjausta saava asiakas ovat keskenään vuorovaikutuksessa. Suullinen kasvokkain annettava ohjaus on menetelmä, josta asiakkaat kokevat hyötyvänsä eniten ja tällaista vuorovaikutuksellista ohjausta pidetäänkin hoitoon sitoutumista edistävän ohjauksen kulmakivenä. Yksilöohjauksessa voidaan vastata asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja selvittää asiakkaan konteksti. Hoitoon sitoutumista voidaan myös arvioida, ei vain kysymällä avoimesti asiasta asiakkaalta itseltään, vaan myös lukemalla non-verbaalisia, eli sanattomia viestejä. Ne ovat merkittävä osa ohjaajan ja asiakkaan välistä kommunikaatiota ja ohjauksessa, jossa ei olla kasvokkain, ei pystytä näitä sanattomia viestejä tulkitsemaan. (Kyngäs & Hentinen 2009, 110-111.)

Ryhmäohjausta annetaan yleisimmin jollekin tietylle ryhmälle, joko jotain tiettyä sairautta sairastaville tai jostain tietystä asiasta. Ryhmäohjauksen etuna pidetään vertaistuen saamisen mahdollisuutta ja vertaistuen tiedetäänkin tukevan hoitoon sitoutumista. Ryhmäohjauksessa ei kuitenkaan pystytä ottamaan huomioon asiakkaan yksilöllisiä tarpeita ja toivotut tavoitteet jäävät yleiselle tasolle. Hoitoon sitoutumisen kannalta yksilölliset tavoitteet ovat kuitenkin merkittäviä. (Kyngäs & Hentinen, 2009, 111-112.) Tuulia Rekolan tekemässä Pro gradussa tutkittiin elintapaohjauksen toteutumista painonhallintaryhmässä. Sen tulosten perusteella voidaan päätellä, että ryhmäohjaus on toimiva ohjaustapa, jossa korostuu erityisesti vertaistuki. (Rekola 2014, viitattu 2.3.2017)

Motivoiva haastattelu on asiakaslähtöinen tapa keskustella. Siinä motivaatio nähdään subjektiivisena kokemuksena ja sisäisenä motivaation tilana, jota ympäristö voi muokata ja asiakas voi siihen itse omalla toiminnallaan vaikuttaa. Haastattelussa tavoitteena on, että ajatus muutoksesta ja hoitoon sitoutumisesta lähtee asiakkaasta itsestään ja tämän omasta halusta. Lähtökohta motivoivalle haastattelulle on asiakkaan ja ohjaajan välinen luottamuksellinen ja avoin hoitosuhde. (Kyngäs & Hentinen 2009, 112-113.)

Nykyaikana ohjauksessa pyritään hyödyntämään myös teknologiaa. Sen hyödyistä hoitoon sitoutumisen edistäjänä on kuitenkin vähän tutkittua tietoa. Teknologian käyttäminen ohjauksessa on hyvin moninaista, osaan sisältyy vuorovaikutusta ohjaajan kanssa, osassa taas asiakas toimii itsenäisesti. Ohjauksen välineenä voidaan käyttää esimerkiksi videoita, tietokoneohjelmia,

puhelimia ja Internetiä. On tutkittu, että näiden avulla kyetään hyvin antamaan tietoa asiakkaalle, mutta emotionaalinen tuki jää vähemmälle. Internetissä on paljon tietoa sairauksista ja niiden hoidosta, mutta tieto siitä, kuka sivut on tehnyt ja milloin ne on päivitetty, ei kuitenkaan aina ole saatavilla. Keskustelupalstoilta saa hyvin vertaistukea muilta samassa tilanteessa olevilta, mutta kyse on aina ihmisten omista henkilökohtaisista kokemuksista, jolloin on olemassa riski, että tieto vääristyy. Tietokoneavusteisen ohjauksen on osoitettu lisäävän asiakkaan tietoisuutta sairaudesta, edistävän hoitokäyttäytymistä, vähentävän sosiaalista eristyneisyyttä sekä sairaalakäyntejä. Tietoverkkojen avulla asiakas saa tarvitsemaansa tietoa ja tukea ajasta ja paikasta riippumatta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 113-114.) Nykypäivänä on myös kehitelty erilaisia sovelluksia diabetesta sairastaville. Sovellukseen voi laittaa ylös muun muassa verensokeriarvoja, painon, verenpaineet ja harrastetun liikunnan määrän ja nämä tiedot voi lähettää PDF-raporttina omalääkärille. (Diabeteshoitoon.fi 2017, viitattu 3.3.2017)

Nykyään ohjaustilanteille jää yhä vähemmän aikaa ja sen vuoksi kirjallisen materiaalin merkitys hoitoon sitoutumisen edistäjänä korostuu. Asiakas voi kotona ohjauskeskustelun jälkeen tarkastella kirjallisesta materiaalista ohjauksessa annettua tietoa ja näin ollen saada tukea omalle ajattelulle sekä analysoida ja käsitellä omaa tilannettaan. Kirjallista materiaalia voi antaa asiakkaalle myös etukäteen. Tällöin asiakas voi tutustua myöhemmin käsiteltävään asiaan ennen varsinaista ohjausta. Kun asiakas on perehtynyt käsiteltävään asiaan, on keskusteleminen ja asioiden puheeksi ottaminen helpompaa. Hoitoon sitoutumista voidaan edistää vain kirjallisella materiaalilla, joka on ohjaustilanteeseen sopiva. Sen on sisällöltään tuettava muuta annettavaa ohjausta, oli se sitten suullista yksilöohjausta, ryhmäohjausta tai teknologiavälitteistä ohjausta. Kirjallisen materiaalin tulee olla ymmärrettävää ja helposti luettavaa sekä asiakkaan tiedontason ja tarpeiden mukaista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 115.)

Hoitoon sitoutumisen arvioinnin keinot jaetaan suoriin ja epäsuoriin menetelmiin. Suoraan arviointimenetelmään kuuluu esimerkiksi asiakkaan toiminnan havainnointi. Epäsuoria arviointimenetelmiä taas ovat asiakkaan pitämä päiväkirja ja sen analysointi, kyselylomakkeet, keskustelu ja haastattelu, hoitotulos ja kliininen tila sekä hoidon toteutuksen seuranta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 36-37.) Raskausdiabetesta sairastavalla naisella paras mittari hoidon tasapainosta ja sen onnistumisesta ovat verensokeriarvot (Diabetesliitto 2012, 20).

Potilaan hoitoon sitoutumisen arviointia voivat tehdä lääkäri, hoitaja sekä myös potilas itse. Hoitoon sitoutumista tulisikin arvioida yhteistyössä potilaan kanssa, se edistää hoitoon

sitoutumista sekä antaa hyvän pohjan hoidon suunnittelulle. Samalla saadaan tietoa potilaan omista kokemuksista ja hoitoon mahdollisesti vaikuttavista tekijöistä. Hyvä hoitosuhde edistää luotettavan tiedon saantia, tällöin potilas uskaltaa olla rehellinen ja se on välttämätöntä tavoitteiden asettamisen ja saavuttamisen kannalta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 39.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyöni on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla millaista elintapaohjausta raskausdiabeteksen sairastaneet naiset ovat saaneet, millaisia elämäntapamuutoksia nämä naiset ovat tehneet raskauden aikana ja sen jälkeen ja mitä vaikuttavia tekijöitä siihen liittyi.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on, että raskausdiabetesta sairastaneiden omien kokemusten kautta ohjauksen antajat voivat tarkastella oman ohjaustapansa toimivuutta sekä mahdollisesti kehittää antamaansa ohjausta. Raskausdiabetesta sairastavilla naisilla on suuri riski sairastua myöhemmin elämässään myös 2. tyypin diabetekseen, sen vuoksi ennaltaehkäisevä hoitotyö onkin keskeisessä asemassa ja sen kehittäminen on yksi opinnäytetyöni tavoitteista. Tavoitteena on myös tämän opinnäytetyön kautta kehittää tulevana sairaanhoitajana omia valmiuksiani ohjauksen antamisessa asiakkaille.

Tutkimuksessani olen määrittänyt kaksi tutkimustehtävää: 1) Millaisia kokemuksia raskausdiabetesta sairastaneilla on raskausaikana saamastaan ohjauksesta? 2) Millaisia elintapamuutoksia raskausdiabetesta sairastaneet ovat tehneet raskauden aikana ja sen jälkeen ja mitkä tekijät auttoivat tai haittasivat elämäntapamuutoksen toteutumista. Tutkimuskysymyksien tarkoituksena on kuvailla henkilöiden omia kokemuksia saamastaan ohjauksesta raskausdiabeteksen hoitoon liittyen sekä selvittää millaisia konkreettisia elämäntapamuutoksia haastatellut ovat tehneet raskauden aikana ja onko nämä elämäntapamuutokset pysyneet myös synnytyksen jälkeen. On tärkeää myös selvittää niitä tekijöitä, jotka edistävät tai haittaavat elintapamuutoksen toteutumista.

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Koska tekemässäni tutkimuksessa kuvaillaan ihmisten kokemuksia, oli tarkoituksenmukaista käyttää laadullista tutkimusstrategiaa. Lähtökohtana laadulliselle tutkimukselle on ihminen itse, hänen elinpiirinsä ja siihen liittyvät merkitykset ja tutkimuksen tavoitteena on muun muassa ymmärtää tutkittavaa ilmiötä tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2012, 16, 23.) Kun halutaan tietää ihmisten ajatuksia tai syitä tietyille toimintatavoille, on viisainta kysyä asiaa häneltä itseltään, joten sikäli on perusteltua käyttää haastattelua aineiston keräykseen (Tuomi & Sarajärvi 2013, 72).

8.1 Kohderyhmä

Haastateltavat ovat raskausdiabetesta sairastaneita naisia, joiden synnytyksestä on kulunut aikaa noin kuudesta kuukaudesta yhteen vuoteen. Tällöin saatu ohjaus on vielä hyvin mielessä, mutta lisäksi myös mahdolliset tehdyt elämäntapamuutokset ovat vakiinnuttaneet asemansa pikkulapsiperheessä. Sillä, onko raskausdiabetes ollut ruokavaliohoitoinen vai insuliinihoitoinen, ei ole merkitystä. Haastateltavia oli neljä ja heidät on hankittu oman tuttavapiirin kautta. Iältään haastateltavat olivat 28-36-vuotiaita.

8.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyössäni aineiston keruumenetelmänä on teemahaastattelu. Haastattelu on ainutlaatuinen tapa kerätä tietoa, koska siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa päämenetelmänä on haastattelu ja sen suurena etuna onkin, että siinä voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla vastaajia myötäillen. Haastatteluaiheiden järjestystä on myös mahdollista säädellä ja myöskin vastausten tulkinnalle on enemmän mahdollisuuksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 204-205.) Valitsin teemahaastattelun, koska siinä haastattelun teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuu. Tällöin haastattelijalla on mahdollisuus edetä haastattelussa luovasti ja esittää mahdollisesti tarkentavia kysymyksiä eikä vain tehdä haastattelua tietyn rungon mukaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 208.)

Olin henkilökohtaisesti yhteydessä haastateltaviin ja kysyin halukkuutta haastatteluun. Tämän jälkeen lähetin vielä kirjallisen tiedotteen (liite 1) sekä haastattelulupalomakkeen (liite 2), jonka haastateltavat palauttivat minulle allekirjoitettuna. Sen jälkeen sovimme haastateltavien kanssa ajankohdat haastatteluille. Haastattelujen tallentamista varten minulla oli puhelimesta ohjelma, jolla tämän pystyin tekemään. Informoin haastateltavia ennen haastattelun alkua siitä, että se nauhoitetaan ja varmistin, että tämä sopii haastateltavalle. Haastattelin yhteensä neljää henkilöä, kahta puhelimitse ja kahta kasvotusten. Haastattelua varten olin laatinut teemahaastattelurungon (liite 3) haastattelun tueksi. Haastattelut sujuivat luontevasti ja haastateltavat kertoivat avoimesti kokemuksistaan.

8.3 Aineiston analyysi

Aineiston käsittelyn avulla on tarkoituksena valmistautua varsinaiseen aineiston analyysiin; esimerkiksi haastattelujen hallitseminen onnistuu paremmin, kun ne on muutettu tekstimuotoon (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 6.6.2016). On siis tarkoituksenmukaista, että laadullinen aineisto kirjoitetaan puhtaaksi, eli litteroidaan. Se on tyypillisin tapa käsitellä puheaineisto, jonka jälkeen se on analysoitavassa muodossa. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2016, viitattu 5.6.2016) Jos saatu aineisto on kovin laaja, voi aineistosta litteroida tutkimusongelman kannalta olennaiset osat. Tämän valikointiperusteen tulee kuitenkin olla hyvin pohdittu ja perusteltu ja sitä tulee noudattaa johdonmukaisesti. (Ruusuvuori & Nikander & Hyvärinen 2010, 14.) Vaikka opinnäytetyöni aihe liittyy saatuun ohjaukseen sekä elämäntapoihin, haastatteluissa sivuttiin tietysti raskausaikaa, synnytystä ja sen jälkeisiä asioita. Raskausaika, synnytys ja lapsivuodeaika ovat usein naiselle herkkä asia ja näistä asioista on luontevaa keskustella toisen saman kokeneen kanssa. Olen aineistostani jättänytkin litteroimatta kohdat, jotka eivät ole olennaisia asettamaani tutkimusongelmiin nähden. Koin haastattelut kuitenkin onnistuneiksi vaikka välillä keskusteltiinkin "asian vierestä". Se, että haastateltavat kertoivat minulle myös muita asioita, arkojakin sellaisia, osoittaa mielestäni luottamusta haastattelijaa kohtaan.

Haastatteluaineistoa kertyi yhteensä 183 minuuttia. Ne osiot, joissa on selkeää haastattelua, on kirjoitettu auki tekstiksi. Litteroitua aineistoa kertyi 18 sivua A4-kokoista paperia.

Aineiston analyysi etenee tietyllä kaavalla, johon kuuluu huolellinen perehtyminen aineistoon, sen jakaminen osiin jonkin periaatteen mukaan, esimerkiksi teemoittelu, tyypittely tai luokittelu, jolloin aineisto pilkkoutuu ja sitä on helpompi tarkastella. Analyysiin kuuluu olennaisena osana myös oman näkemyksen kirjoittaminen sekä tehtyjen havaintojen liittäminen teoriataustaan ja aikaisempiin tutkimustuloksiin. Sanallinen kuvaus on tärkeä osa analyysia. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2016, viitattu 6.6.2016) Aineiston analyysia tehdessäni tutkimuksen pääpaino on itse aineistossa, eli haastatteluissa, jolloin aineistoa analysoidaan aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Induktiivisen lähestymistavan lähtökohtana ei ole mikään teoria tai oletus vaan yksittäisistä havainnoista edetään yleisempiin väitteisiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 5.6.2016) Sisällönanalyysilla on tarkoituksena järjestää saatu aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon, kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Induktiivisen aineiston analyysi koostuu kolmesta eri vaiheesta; aineiston pelkistämisestä, aineiston ryhmittelystä sekä teoreettisten käsitteiden luomisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108.)

Saamastani aineistosta pyrin poimimaan ilmaisuja, jotka kuvasivat saatua elintapaohjausta, kokemuksia siitä sekä tehtyjä elintapamuutoksia raskauden aikana ja sen jälkeen. Tarkoituksena oli myös etsiä tekijöitä, jotka edesauttoivat tai haittasivat elintapamuutosta. Pyrin litteroidusta haastatteluaineistosta löytämään kaikki tutkimustehtävien kannalta merkitykselliset ilmaisut ja muodostamaan niille pelkistetyt ilmaisut (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki pelkistysten muodostamisesta.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
<i>mä kävin siellä suurinpiirtein kolmen neljän viikon välein.. tosi paljo oli ultraa.</i>	Vauvan vointia seurattiin tiheästi
<i>oli vähän semmonen, että apua, että miten tässä voi käyä jos se arvio heittää kilon tai puoliki kilo. sehä on ihan järkyttävää, varsinki jos ne päästää sen menemään yli.</i>	Huoli vauvan koosta ja synnytyksen kulusta
<i>emmää kyllä mikään hirviä mässäjä oo sillälaila ikkää ollukkaa -- mutta sillo jäi kyllä tosi minimiin se herkuttelu.</i>	Annettuja ruokavalio-ohjeita noudatettiin tarkasti raskausaikana
<i>ku sit soitin niistä arvoista diabeteshoitajalle ja ne arvot oli ihan päin prinkkalaa, niin tuntu ihan niinku mua syytettäs etten osaa syyä oikein ja etsimällä etsittiin missä se vika on ja syynättiin sitä mun ruokapäiväkirjaa.</i>	Epämieluisen kokemus saadusta kohtelusta
<i>onneksi oma puoliso oli sillain kuitenkin mukana, että se ei nyt suoranaisesti mun eessä herkutellu.</i>	Puolison tuki tärkeää

Pelkistysten jälkeen aineistoa oli helpompi käsitellä ja luokitella sitä aineistolähtöisesti. Kuten Kylmä ja Juvakka (2012) toteavat, kun aineisto on purettu osiin, on sen jälkeen vuorossa yhdistää sisällöllisesti samankaltaiset osat toisiinsa (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Esimerkki alkuperäisistä ilmauksista yläluokkaan

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<i>pelkäsin koska ensimmäinen oli nelikilonen ja se meni sitte sektioon</i>	Vauvan suuri koko pelotti	Syntymättömän lapsen terveys	Oma ja vauvan terveys
<i>mulla oli hirveen huoli siitä, minkä kokonen vauva oikeesti voi tulla. Ku ekasta lapsesta oli se kokemus, että se painoarvio heitti 800 grammaa.</i>	Pelko vauvan koosta ja epävarmuus painoarviosta		
<i>apua, että miten tässä voi käyä jos se arvio heittää kilon tai puoliki kiloa, sehä on ihan järkyttävää.</i>	Epävarmuus annetusta painoarviosta		
<i>mutta kuitenkin sitä aatteli että jos se onki sitte joku jätti.</i>	Jos vauva onkin iso		
<i>raskausaikanahan sitä vaan aatteli vauvaa ja sitä että sillä on hyvä olla, se kai se oli se suurin motivaattori.</i>	Vauvan hyvinvointi motivoi		
<i>ku on suuri riski sairastua siihen 2.tyypin diabetekseen.</i>	Oma terveys motivoi	Halu pitää itsestään huolta	

Alunperin tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää saatua elintapaohjausta sekä millaisia elintapamuutoksia äidit ovat tehneet niin raskauden aikana kuin sen jälkeenkin. Saadun aineiston perusteella kuitenkin huomasin, että haastatteluaineisto sisälsi paljon tietoa myös muista tekijöistä, jotka edesauttoivat tai hidastivat tätä elintapamuutosta. Päätin tällöin keskittyä kuvaamaan myös näitä tekijöitä, koska koin, että kokonaistulosten kannalta ne olisivat olennaisia. Luokitellun aineiston pohjalta syntyi kolme yhdistävää luokkaa; kokemukset saadusta elintapaohjauksesta, elintapamuutokset raskauden aikana sekä elintapamuutokset raskauden jälkeen.

9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Raskausdiabetesta sairastaneet naiset toivat haastattelussa esille saamaansa elintapaohjausta raskausdiabeteksen diagnosoinnin jälkeen sekä tehtyjä elämäntapamuutoksia raskauden aikana ja sen jälkeen. Saadusta elintapaohjauksesta oli niin myönteisiä kuin negatiivisiakin kokemuksia. Jokainen haastateltava oli onnistunut jonkinlaisessa elämäntapamuutoksessa raskausaikana, mutta raskauden jälkeinen aika koettiin enemmän haasteena. Haastateltavat toivat esille elämäntapamuutosta auttavia ja haittaavia tekijöitä (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Haastateltavien kokemuksia saadusta elintapaohjauksesta sekä elintapamuutosten toteutumisesta raskauden aikana ja sen jälkeen.

Yhdistävä luokka	Pääloukka	Yläluokka
Kokemukset elintapaohjauksesta	Ohjauksen sisältö	Kirjallinen materiaali Keskustelu Asioiden konkretisointi
	Myönteiset kokemukset	Tiedon saaminen Hyvä ilmapiiri Joustavuus
	Negatiiviset kokemukset	Elintapaohjaukseen liittyvät puutteet Yleistäminen Hoitoon pääsyn vaikeus Säästösyty Asiakkaan kohtelu
Elintapamuutoksen toteutuminen raskausaikana	Myönteiset muutokset	Muutokset hoitotasapainossa Muutokset ravitsemuksessa Muutokset liikunnassa Motivaation lisääntyminen
	Elintapamuutosta auttavia tekijöitä	Vauvan terveys Läheisten tuki Lääkitys
	Elintapamuutosta haittaavia tekijöitä	Epävakaa hoitotasapaino Läheisten tuen puute
Elintapamuutoksen toteutuminen raskauden jälkeen	Myönteiset muutokset	Muutokset ravitsemuksessa Muutokset liikunnassa Oman terveydentilan tiedostaminen Motivaation lisääntyminen
	Elintapamuutosta auttavia tekijöitä	Riskien tiedostaminen Lähipiirin tuki Taustalla olevat terveelliset elämäntavat
	Elintapamuutosta haittaavia tekijöitä	Kiire Ei tukea lähipiiriltä

9.1 Kokemukset elintapaohjauksesta

Kokemukset elintapaohjauksesta sisältää ohjauksen sisältöön, myönteisiin kokemuksiin ja negatiivisiin kokemuksiin liittyvät haastateltavien antamat kuvailut siitä, kuinka he itse ovat asiat kokeneet.

9.1.1 Elintapaohjauksen sisältö

Saatu elintapaohjaus oli toteutettu jokaiselle haastateltavalle melko samalla tavalla (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Kokemukset elintapaohjauksen sisällöstä

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Elintapaohjauksen sisältö	Kirjallinen materiaali	Raskausdiabetes sairautena Hoidon pääperiaatteet Konkreettiset esimerkit ruokavaliosta Hiilihydraattien laskeminen
	Keskustelu	Omien elintapojen läpikäyminen Muutostarpeiden huomioiminen Elintapojen pohtiminen
	Asioiden konkretisointi	Millä tavalla korkea verensokeri vaikuttaa elimistöön ja sikiöön Vaikutus synnytyksen kulkuun Vaikutus vastasyntyneeseen

Haastateltavat olivat saaneet ohjausta suullisesti ja kasvokkain ohjauksen antajan kanssa, eli neuvolan terveydenhoitajan tai erikoissairaanhoidon kättilön kanssa. He olivat saaneet mukaansa myös kirjallista materiaalia, joka sisälsi raskausdiabeteksen hoidon pääperiaatteet sekä esimerkkejä raskausdiabeetikkoäidin ravitsemuksesta ja liikunnasta. Hyvänä asiana pidettiin sitä, että saatu ohjaus oli ikään kuin vuoropuhelua ohjaajan antajan kanssa sekä yhdessä pohtimista siitä, että mitä voisi tehdä toisin.

"Ihan mukava oli se eka ohjauskäynti, ensin se hoitaja kyseli mun ruokavaliosta ja käytiin läpi mitä ruukaan syyä ja keskusteltiin sitte mitä siinä nyt sitte pitäis muuttaa. Myös liikunnasta juteltiin ja kuinka tärkeää sekin on sokereiden kannalta. Sain sitte kottiin mukaan pinon esitteitä niin sai kotonaki tarkemmin niihin tutustua."

Haastateltavat toivat myös esille sen, että ohjaaja antoi konkreettisia esimerkkejä siitä, mitä sikiölle tapahtuu kun äidin verensokerit nousevat korkeaksi ja kuinka tämä vaikuttaa sikiöön pitkällä tähtäimellä ja mahdollisesti myös synnytyksen kulkuun ja sen jälkeiseen aikaan.

"Motivaation [elämäntapamuutokseen] kannalta oli tosi tärkeää tietää et mitä sille vauvalle tapahtuu ku verensokerit nousee liian korkeeksi."

9.1.2 Myönteiset kokemukset

Haastateltavat toivat esille ohjauksessa saamiaan myönteisiä kokemuksia. Näitä myönteisiä kokemuksia olivat tiedon saaminen, hyvä ilmapiiri sekä mahdollisuus tavata tarvittaessa terveydenhuollon alan muitakin ammattilaisia (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Myönteiset kokemukset saadusta ohjauksesta

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Myönteiset kokemukset	Tiedon saaminen	Saadun tiedon soveltaminen käytäntöön Esimerkit ruokavaliosta ja liikunnasta Kokemuksen kautta tulleet neuvot
	Hyvä ilmapiiri	Yksilöllisyyden huomiointi Positiivinen palaute
	Joustavuus	Halutessa sai tavata myös lääkärin Pelon lievittämiseksi ultran aikaistaminen

Myönteisenä ja tärkeänä asiana koettiin konkreettiset esimerkit, esimerkiksi hiilihydraattien laskeminen ja niiden saannin jakaminen koko päivälle tarkoituksenmukaisesti. Myös ohjaajalta saatu positiivinen palaute tuki raskaudenaikaista elämäntapamuutosta. Tuloksissa tuli esille myös se, että halutessaan pääsi myös lääkärille, vaikka todellisuudessa aika olisi ollut myöhemmin. Tällainen hoitohenkilökunnan joustavuus ja asiakkaan huolen todesta ottaminen merkitsi paljon.

"Mua pelotti ihan hirveesti, et jos se vauva onki iha kauhian kokone.. Mää sannoin sille diabeteshoitajalle, että mää haluan ultraan ja lääkäriille mahdollisimman pian enkä vasta kolmen viikon päästä ku se aika ois oikeesti ollu. Mä sain sen ajan sitte heti seuraavalle viikolle. Se rauhotti mun mieltä kyllä tosi paljo"

9.1.3 Negatiiviset kokemukset

Negatiiviset kokemukset ohjauksessa eivät rajoittuneet vain pelkästään annettuun ohjaukseen ja sen puutteisiin, vaan haastateltavat olivat kokeneet asioita syvemminkin, ihan lähtien siitä, kuinka he kokivat ohjaustilanteessa saamansa kohtelun (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Negatiiviset kokemukset saadusta ohjauksesta

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Negatiiviset kokemukset	Elintapaohjaukseen liittyvät puutteet	Ohjaus puuttui kokonaan, koska sukulainen oli diabeteshoitaja "Saarnaaminen"
	Yleistäminen	Asiakasta ei huomioida yksilönä Sairauden kulun yleistäminen
	Hoitoon pääsyn vaikeus	Hoitoon pääsyn viivästyminen Yksilöllisen hoidontarpeen sivuuttaminen
	Säästösytyt	Kirjallisen materiaalin evääminen säästösyistä
	Asiakkaan kohtelu	Asiakkaan kyseenalaistaminen Asiakkaan vähättely Asiakkaan kielteisten tunteiden kohtaaminen

Tuloksissa tuli esille, että raskausdiabetesdiagnoosi oli saatu, mutta neuvolakäynnillä ei saanut minkäänlaista elintapaohjausta, koska suvussa oli diabeteshoitaja. Lähetettä erikoissairaanhoidon diabeteshoitajalle ei saanut, jolloin asioiden selvittäminen oli asiakkaan omalla vastuulla eikä neuvoa saanut miltyään viralliselta taholta.

"Se vaan meni sen neuvolan terveydenhoitajan kans sillain, että no sun sukulainehan tietää nää jutut. Kai se aatteli jotenki, että se tietää nää paremmin ku hän. Jonku lehtisen se anto ja sitte mulla oli ongelmana se aamupala, ja sitte siihen ei oikein alkanu löytyy sitä ratkasua, nii ei siihen sillä ollu mitään ehotuksia. Nii mää sitte sen mun sukulaisen kans mietin "omalla ajalla" mitä teen"

Toisenlaisiakin kokemuksia kuitenkin nousi esille. Vaikka oman ammatin puolesta elintapa-asiat olivatkin tuttuja, niin ne eivät kuitenkaan vaikuttaneet saadun ohjauksen laatuun.

"vaikka oonki hoitaja nii mua ei pietty mitenkään itsestäänselvyytenä ja aateltu vaan, että mää kyllä tiän nää jutut"

Tuloksissa tuli esille, että raskausdiabeteksen uusiutuessa, hoitohenkilökunta olettaa asiakkaan tietävän asioista eikä ohjausta juurikaan enää saa. Vaikka ensimmäisen raskauden kohdalla raskausdiabetes oli hoitotasapainossa terveellisellä ruokavaliolla, toisen kohdalla tarvittiinkin lääkitystä ja tilanne oli näin ollen uusi ja ohjausta olisi kaivattu enemmän. Esille nousi myös se, koska ensimmäisen raskauden aikana diabetes hoidettiin ruokavaliolla, ei toisen raskauden aikana päässyt heti tarvittaessa erikoissairaanhoidon puolelle ja saanut lääkitystä, vaikka arvot eivät ruokavaliohoidolla pysyneet selkeästikään hoitoalueella.

"Oletetaan että kaikki muistaa ja kaikki tietää ja osaa. Vaikka sitä samaa tilannetta ei ois ollu ekan lapsen kans, niin kyllähän sä nyt tiedät ku sulla jo on toinen lapsi"

"Mä oisin halunnu äitipolille ja ne katto että koska ensimmäises mulla oli ruokavaliohoitosena se, et se riittää. Ja tiesin sen jo ihan ennen tota rasitusta et ne arvot ei oo kunnossa ja se ruokavalio ei riitä.. Mä pääsin äitipolille vasta peräti kuus, seittemän viikkoo myöhemmin. Eli siin oli tavallaa niinku turhaa aikaa, jollon ne sai rehttaa ne arvot ilman lääkitystä. Mä siis muistan koska meillä oli siinä rakenneultra, ja mie pyysin siellä, kysyin siellä sillon ku kävin äitipolilla, et eiks ne voi tehdä mitään, et ku mua ei oteta sinne.. Mutta siinä sitte vaan selitetti näin et heidän informaatiopoluistaan ja miten nää asiat kuuluu hoitaa"

Negatiivisena asiana ohjauksessa koettiin yleistäminen. Ohjauksen antajat eivät aina ota huomioon sitä, että vaikka diagnoosi onkin kaikilla sama, niin kaikille ei tehoa samanlainen hoito. Haastateltavat kohtasivatkin epäilyjä siitä, että ovatko noudattaneet täsmällisesti saatuja ohjeita. Ymmärrettävästi asiasta täytyy asiakkaalta kysyä, mikäli hoitotasapaino ei pysy kohdillaan, mutta ammattilaisen täytyy myöskin luottaa asiakkaaseen.

"Ehkä mää oisin kaivannu sitä, että terveydenhoitajanki ois pitäny tietää ettei se kaikilla mee samalla kaavalla se raskausdiabetes - - Ja sitte ku mä käyn neuvolassa niin se terveydenhoitaja kysyy ihan oikeesti, että oonko mä nyt ihan varma etten juo mitään tuoremehua aamupalalla.. - - Ehkä just sitä [jäi kaipaamaan], että ois halunnu sillälaila että se terveydenhoitaja ois ollu sillain henkilökohtasempi.. että ei se aina tarkota sitä että syö miten sattuu vaikka ne arvot nousee"

"Välillä vaa ärsytti ku sit soitin niistä arvoista diabeteshoitajalle ja ne arvot oli ihan päin prinkkalaa, niin tuntu ihan niinku mua syytettäs etten osaa syyä oikein ja etsimällä etsittiin missä se vika on ja syynättiin sitä mun ruokapäiväkirjaa. Ku tosiaasia oli se, että söin ihan määräysten mukaan ja ihan joka aterialla laskin hiilihydraatitki. Siitäki huolimatta ne arvot

nousi. Että oli se oman ressinsä aina soittaa sinne, vaikka mun ja vauvan parastahan siinä aateltiin"

Tutkimustuloksissa nousi esille myös se, ettei asiakas saa mukaansa ollenkaan kirjallista materiaalia. Tähän syynä oli kaupungin säästölinja eikä sitä sen vuoksi voi antaa kotiin mukaan. Kirjallisen materiaalin avulla asiakas pystyy kotona kaikessa rauhassa tutustua asiaan, koska kasvokkain uudesta asiasta puhuttaessa moni asia unohtuu. Sen vuoksi on tarkoituksenmukaista saada ohjaustilanteesta mukaan myös kirjallinen materiaali.

9.2 Elintapamuutoksen toteutuminen raskauden aikana

Elintapamuutoksen toteutumiseen raskausaikana liittyy myönteisien kokemusten, elintapamuutosta auttavien tekijöiden sekä elintapamuutosta haittaavien tekijöiden kuvausta.

9.2.1 Myönteiset muutokset

Elintapaohjauksen myötä tapahtuneita myönteisiä muutoksia oli paljon ja ne liittyivät hoitotasapainon saavuttamiseen, ravitsemukseen, liikuntaan sekä motivaation lisääntymiseen (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Myönteiset muutokset

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Myönteiset muutokset	Muutokset hoitotasapainossa	Verensokerien tasaantuminen Vauvan kasvu normaalia Asiakkaan voinnin tasaantuminen
	Muutokset ravitsemuksessa	Ruuan laadun ja määrän tiedostaminen Säännöllinen ruokailurytmi
	Muutokset liikunnassa	Liikunnan merkityksen tiedostaminen Liikunnan harrastaminen oman jaksamisen mukaan
	Motivaation lisääntyminen	Syntymättömän lapsen terveys Oman terveyden kohentuminen Raskauden aikainen painonnousu hillittyä

Haastateltavat onnistuivat noudattamaan annettuja ohjeita ja raskausdiabetes pysyi pitkälti hoitotasapainossa. Osalla haastateltavista oli käytössään lääkitys, osa selvisi pelkästään ruokavaliohoidolla. Elintapamuutoksen onnistumista osaltaan kuvaa se, että kaikki vauvat olivat syntyessään normaalikokoisia. Elintapamuutoksessa erityisesti ruokavalio koettiin keskeisenä, koska raskausaikana liikunnan harrastaminen voi olla haasteellista, esimerkiksi liitoskipujen vuoksi. Liikunnan merkitys oli kuitenkin tiedostettu. Suurimpana motivaationa raskaudenaikaiseen elintapamuutokseen koettiin syntymättömän vauvan terveys. Tuloksissa ilmeni vahvasti se, että syntymättömän lapsen koko pelotti.

"Mulla oli varmaan se suurimpana syynä [elintapamuutokseen] ku mä tiesin, että siihen liittyy se iso lapsi.. Kyllä se niinku oli mulla se yks juttu ainaki mitä aina aatteli. Että vaikka esikoinenkaan ei ollu mitenkään iso, mutta kuitenkin sitä aatteli että jos se onki sitte joku jätti"

9.2.2 Elintapamuutosta auttavia tekijöitä

Auttaviksi tekijöiksi elintapamuutoksessa tuotiin esille läheisten tuki, vauvan terveys sekä lääkityksen saaminen (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Elintapamuutosta auttavia tekijöitä.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Elintapamuutosta auttavia tekijöitä	Vauvan terveys	Vauvan seurannat normaalit Terveystieteiden henkilöstöllä ei huolta vauvasta
	Läheisten tuki	Puolison tuki Sukulaisten tuki Ystävien tuki
	Lääkitys	Verensokerien tasaantuminen Sai syödä vapaammin Stressin väheneminen

Läheisten ja varsinkin oman perheen tuki koettiin tärkeäksi.

"Onneksi oma puoliso oli sillain kuitenkin mukana, että se ei nyt suoranaisesti mun eessä herkutellu"

Vauvan terveys ja sen seuranta kohosi myös tärkeäksi elintapamuutosta auttavaksi tekijäksi, vauvan voinnin seurannan myötä myös huoli vauvasta helpotti.

"Mä kävin siellä suurinpiirtein kolmen neljän viikon välein.. Tosi paljon oli ultraa ja sit oli aina kerran kuukaudessa sisätautilääkäri. Ihan lopussa mie kävin muistaakseni kahen viikon välein - - se oli hyvä et oltiin niin tiheessä seurannassa"

Ne äidit, joille lääkitys aloitettiin, kokivat sen erittäin myönteisenä asiana. Lääkityksen aloittamisen myötä ruokavalio normalisoitui ja sen kautta jatkuva huolehtiminen siitä mitä voi syödä, väheni.

"Lopulta se ruokavalio oli niin niukka, että mun paino rupes laskemaan, siinä vaiheessa sitte myönnyin insuliinin alottamiseen, se oli tosi vaikia paikka mulle. En tiä miksi, sen jälkeen ku pitkävaikutteinen ja ateriainsuliini aloitettiin, niin tuntu ihan mahtavalta ku pysty syömään kunnolla eikä tarvinu olla nälissää"

"Kyl se oli niinku semmoinen valonäkeminen ku sai sen lääkityksen ja tajus että pystyy syömään niinku tavallista ruokaa eikä tarvi joka ikisestä suupalasta kantaa huonoo omatuntoo - - Kyllä se raskaus on aika pitkä aika miettiä vaan ja ainoastaan sitä että mitä syö. Ei oikeen niinku kerkee mitään muuta tehdä, kyl se vähä varjostaa sitä raskauden riemua"

9.2.3 Elintapamuutosta haittaavia tekijöitä

Elintapamuutosta haittaavina tekijöinä kuvattiin epävakaata hoitotasapainoa sekä läheisten tuen puute (taulukko 9).

TAULUKKO 9. Elintapamuutosta haittaavia tekijöitä.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Elintapamuutosta haittaavia tekijöitä	Epävakaata hoitotasapainoa	Turhautuminen Syyllisyyden tunteet Pelko
	Läheisten tuen puute	Läheiset eivät ymmärtäneet Vähättely Herkkujen tuputtaminen

Hoitotasapainon löytäminen ei aina ole yksinkertaista ja heittelevät verensokeriarvot aiheuttivat turhautumista, varsinkin kun koki tehneensä kaiken niiden eteen. Myös syyllisyyden tunteet ja pelko olivat läsnä kun hoitotasapainoa ei löytynyt.

"Nii siinä vaiheessa tuntu että oikeestikko.. mä oon tehny kaikkeni ja tää vaan nousee tää arvo."

Erityisen vaivaannuttavana koettiin se, että muut eivät aina ymmärtäneet ja kunnioittaneet haastateltavan omia valintoja; kritisointia kohdattiin esimerkiksi kyläilypaikassa kahvipöydän ääressä kun tarjoiluista kieltäydyttiin.

"Jotku ei ymmärtäny yhtään, `ota ny vähä keksiä, kyllähän sä ny vähä pystyt ottaa, ei se nii vakavaa..`, no en muuten pysty, vastasin niille"

9.3 Elintapamuutoksen toteutuminen raskauden jälkeen

Elintapamuutoksen toteutuminen raskauden jälkeen sisältää kuvauksia myönteisistä muutoksista, elintapamuutosta auttavia sekä sitä haittaavia tekijöitä (taulukko 8).

9.3.1 Myönteiset muutokset

Myönteisiä muutoksia raskauden jälkeen kuvattiin olevan muutokset, tai ainakin tarvittava tieto, ravitsemuksesta, liikunnasta sekä oman terveydentilan tiedostaminen ja motivaation lisääntyminen (taulukko 10).

TAULUKKO 10. Myönteiset muutokset raskauden jälkeen

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Myönteiset muutokset	Muutokset ravitsemuksessa	Ruuan laadun ja määrän tiedostaminen Säännöllinen ruokailurytmi
	Muutokset liikunnassa	Liikunnan merkityksen tiedostaminen Liikunnan harrastaminen voimavarojen mukaan
	Oman terveydentilan tiedostaminen	Riski 2. tyypin diabetekseen Oma jaksaminen arjessa
	Motivaation lisääntyminen	Halu pitää itsestään huolta Halu opettaa lapsille terveellisiä elintapoja Koko perheen hyvinvointi

Tuloksista ilmenee, että tarvittava tieto oikeanlaisesta ravitsemuksesta ja liikunnasta on olemassa. Nämä elintavat toteutuivat osittain konkreettisesti myös raskauden jälkeen, tosin ymmärrettävästi pienen vauvan vanhempana asiaan ei pystynyt ihan kunnolla paneutumaan.

"Kyllä mää koitan syyä ihan terveellisesti, joka päivä syön ainaki sen yhen lämpimän ruuan - - Liikuntaki on tullu nyt iha erillailla mukkaan elämään, jos ei ihan päivittäin niin ainaki melekee. Lähinnä käyvään vaan vaunulenkoilla, että saishan sitä muutaki olla, mutta just nyt ei oo muuhun kiinnostusta ku on tämä pikkulapsiarkikin tässä pyöritettävänä.. Että onkai ne vaunulenkit parempia ku ei mitää"

Haastateltavat olivat tietoisia raskausdiabeteksen myötä kohonneesta riskistä sairastua kakkostyypin diabetekseen ja myös tämä osaltaan lisäsi motivaatiota pitää itsestään huolta.

"Mä en epäilly hetkeäkään sitä ku menin joulukuun alus sinne sokerirasitukseen, et eikö mulle kerrota et mulla on kakkostyypin diabetes.. Et siitä mie sain ystävän sitte ainaki nyt toistaseksi, et sen sitte aika näyttää, et saaks elämäntavat niin hyvin kuntoon et se kenties poistuu."

9.3.2 Elintapamuutosta auttavia tekijöitä

Elintapamuutosta auttavat tekijät muodostuivat riskin tiedostamisesta, lähipiirin antamasta tuesta sekä siitä kun taustalla on jo ennestään ollut suhteellisen terveelliset elämäntavat (taulukko 11).

TAULUKKO 11. Elintapamuutosta auttavia tekijöitä

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Elintapamuutosta auttavia tekijöitä	Riskien tiedostaminen	Halu muutokseen Halu tarjota perheelle parasta Oma jaksaminen arjessa
	Lähipiirin tuki	Oman puolison tuki Lähellä asuvat sukulaiset
	Taustalla olevat terveelliset elämäntavat	Muutos elintavoissa ei ole liian suuri haaste Tieto terveellisistä elintavoista

Haastatteluissa nousi esille se, että raskausaikana suurin motivaatio elintapamuutokseen oli syntymättömän lapsen terveys. Raskauden jälkeen suurimmaksi motivaatioksi muodostui tieto 2. tyypin diabeteksen riskin kohoamisesta sekä sitä kautta halu muuttaa elintapoja pysyvästi.

"Hirvittäähän se, varsinkin ku ite on hoitoalalla ja tietää asioita ja nähny mihin se voi johtaa.. just siksi sitte koittanu elää suht terveellisesti, että ku on iso riski sairastua siihen"

Myös puolison tuki terveellisempien elämäntapojen opettelussa koettiin tärkeänä. Nimenomaan puolison rooli arjen pyörittämisessä ja sitä kautta äiti saa mahdollisuuden keskittyä muuhunkin kuin vain vauvaan ja kotiaskareisiin.

"Nyt pitäs sitte tehdä pysyviä elämäntapamuutoksia, niin siinähan oman perheen tuki on tärkeää.. Tässä on kuitenkin vauva, kotiaskareet ja kaikki, nii kyllä se oman puolison osallistuminen on tärkeää, ei äiti jaksa huolehtia omasta jaksamisesta ja terveydestä kaiken muun lisäksi jos puoliso ei oo arjessa ollenkaa apuna"

Taustalla olevat terveelliset elintavat koettiin suurena vahvuutena, koska silloin muutos elintavoissa ei ole niin suuri haaste, verrattuna tilanteeseen, jossa kaikki elintavat täytyy laittaa uusiksi.

"Mullon ollu onneks aiemminki ihan terveelliset elämäntavat, että emmää kyllä mikään hirviä mässäjä oo silläilla ikkää ollukkaa.. Että sillai pohjalla jo on hyvä ruokavalio ja liikuntaa ettei tartte ihan nollasta alottaa tätä hommaa"

9.3.3 Elintapamuutosta haaitaavia tekijöitä

Elintapamuutosta haaitaaviksi tekijöiksi nimettiin merkittävimpänä kiire. Myös läheisten tuen puute oli yksi syy (taulukko 12).

TAULUKKO 12. Elintapamuutosta haaitaavia tekijöitä.

Pääluokka	Alaluokka	Yläluokka
Elintapamuutosta haaitaavia tekijöitä	Kiire	Ei ehdi pitämään itsestään huolta Lasten hyvinvointi etusijalla Kotiaskareet
	Ei tukea lähipiiriltä	Puoliso paljon töissä Sukulaisia ei asu lähellä Lähipiirillä ei halua tai mahdollisuuksia auttaa

Suurimmaksi haasteeksi elintapamuutoksen toteuttamisessa muodostui ajanpuute. Haastateltavat olivat vielä äitiyslomalla, mutta aikaa ja voimavaroja kuluu niin paljon arjen pyörittämiseen kotona. Äiti harvoin saa sellaista omaa aikaa, että pystyisi yksin lähteä käymään jossain harrastuksessa, nimenomaan siihen kaivattiin myös läheisten apua. Pelkästään puolison apu ei aina riitä jos hän esimerkiksi tekee pitkiä päiviä töissä.

"Jos on aikaa enemmän niin tulee lähettyä lenkille ja jaksaa panostaa ruokaan.. Jos ei niin niistähän sitä tulee ekana karsittua ku on kiire"

"Ei ne kahen pienen lapsen äitinä kyllä ihan rehellisesti sanottuna oo pysyny - - Valitettavasti täs kohtaa tää äiti tinkii omasta jaksamisestaan, yritän pitää mahdollisimman hyvänä sen ruokavalion ja liikkua paljon, niin paljon ku suinki ehdin ja pystyn"

10 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaista elintapaohjausta raskausdiabeetikot ovat saaneet ja toteutuvatko nämä elintapamuutokset raskauden aikana ja myös sen jälkeen. Tarkoituksena oli myös kuvailla tätä elintapamuutosta auttavia tai haittaavia tekijöitä. Haastattelumuodoksi valikoitui teemahaastattelu.

Haastattelun tuloksena muodostui kolme yhdistävää luokkaa. Tutkimustehtävään "Millaisia kokemuksia raskausdiabetesta sairastaneilla on raskausaikana saamastaan ohjauksesta?" saatiin vastauksia kun selvitettiin kokemuksia elintapaohjauksesta. Yhdistävät luokat Elintapamuutoksen toteutuminen raskausaikana sekä elintapamuutoksen toteutuminen raskauden jälkeen vastaavat toiseen tutkimustehtävään "Millaisia elintapamuutoksia raskausdiabetesta sairastaneet ovat tehneet raskauden aikana ja sen jälkeen ja mitkä tekijät auttoivat tai haittasivat elämäntapamuutoksen toteutumista?".

10.1 Keskeisten tulosten tarkastelu

Haastateltavat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen kun asiaa tarkastellaan tiedon saamisen kannalta. Haastateltavat kokivat saaneensa tarpeeksi tietoa raskausdiabeteksen hoidon pääperiaatteista. Omat vivahteensa saatuihin kokemuksiin ohjauksesta tuo se, että raskausdiabetes ei käyttäydy kaikilla samalla tavalla. Esimerkiksi osa raskausdiabeetikoista pystyy syömään suhteellisen vapaasti, kun toinen taas joutuu rajoittamaan sitä hyvinkin paljon. Pääasiassa raskausdiabeetikoiden ensiohjaus toteutetaan kasvotusten keskustellen elintapamuutoksista ja raskausdiabeteksen hoidon pääperiaatteista, myöhemmin useinkin puhelinohjauksena. Itse ohjauksen antotapa tuntui haastattelujen perusteella olevan hyvä ja tarkoituksenmukainen tapa ja myönteisen ohjauksesta teki hyvä vuorovaikutus ohjauksen antajan kanssa sekä joustavuus. Ne asiat, jotka haastateltavat toivat esille negatiivisena, liittyivät lähinnä ohjaajan ja ohjattavan väliseen kanssakäymiseen. Ohjauksen antamisen kulmakiveksi muodostuukin pitkälti myös yksilöllisyys ja ohjauksen antajan herkkyyys havainnoida asiakasta.

Haastatteleman äidit onnistuivat elintapamuutoksessaan raskausaikana, tätä tukee paitsi haastateltavien oma kertomus, mutta myös syntyneiden lasten koko. Kaikki lapset olivat

syntyessään normaalipainoisia. Raskausdiabeteksen hoito toteutettiin haastattelemillani henkilöillä eri tavalla: oli pelkällä ruokavaliolla hoituva raskausdiabetes, mutta sitten myös pelkällä tablettihoidolla tai pelkällä insuliinihoidolla hoituva tai jopa molemmat. Tuloksista tuli vahvasti esille pelko liian suuresta lapsesta ja sen vaikutukset synnytyksen sujumiseen. Haastatelluista kolmella äidistä synnytys käynnistettiin ja kaikkien käynnistysten taustalla oli arvio suuresta vauvasta. Kaikki syntyneet vauvat olivat normaalikokoisia (3,0-3,8 kg). Yhdellä haastatelluista synnytys käynnistyi spontaanisti hieman lasketun ajan jälkeen. Tämän äidin raskausdiabetes hoitui pelkällä ruokavaliolla ja syntynyt lapsi oli normaalikokoinen (3,4 kg).

Vauvan hyvinvoinnin lisäksi myönteisinä muutoksina ja elintapamuutosta auttavina tekijöinä koettiin tieto oikeanlaisesta ravitsemuksesta ja liikunnasta sekä läheisten tuki, saatu lääkitys ja se, että saadusta hoidosta oli vastetta. Saatu lääkitys oli helpotus useammalle haastateltavalle, joilla ruokavalio oli mennyt jo aika tiukalle muutenkin ja he kokivat, että päivät kuluivat stressatessa sitä, että mitä ylipäättänsä voi syödä etteivät verensokerit nousisi liian korkeiksi. Diabetesliiton sivuilta löytyy artikkeli, jossa mainitaan, että liiallinen stressi, jännitys ja huoli lisäävät elimistössä stressihormonien eritystä ja sitä kautta voivat vaikuttaa verensokereihin nostavasti (Diabetesliitto 2017, viitattu 7.1.207). Lääkityksen myötä haastateltavien verensokeriarvot normalisoituivat ja he kokivat helpottavana sen, että sai syödä vapaammin. Yksi haastateltava sanoikin osuvasti, että raskausaika on pitkä aika miettiä vain ja ainoastaan sitä, että mitä voi syödä. Stressi ei vaikuta pelkästään äidin verensokereihin, vaan myös syntymättömään lapseen. Helsingin yliopiston psykologian laitoksella on kerätty aineistoa, jossa on tutkittu lähes 5000 naisen stressituntemuksia koko raskauden ajan. Niiden äitien, jotka ovat olleet stressaantuneita raskausaikana, lapset saattavat olla muita pelokkaampia. Toisaalta taas lapsi voi kokea ilon ja riemun tunteet voimakkaammin kuin muut. Myös toisen ääripään tunteet lapsi kokee vahvemmin. Mitä enemmän odottava äiti stressaa, sitä enemmän äidistä erittyy stressihormonia, jolle myös sikiö altistuu. On todennäköistä, että stressihormonille altistuminen ohjelmoi kehittyvän lapsen fysiologisia säätelyjärjestelmiä sekä vaikuttaa myös lapsen temperamenttiin (Kallunki 2009, viitattu 7.9.2017.) Odottavan äidin stressi onkin huomion arvoinen asia, niin raskausdiabeteksen hoidon kannalta kuin myös sikiön kannalta. Haastateltaville ei raskauden aikana tuotu esille sitä, kuinka myös stressi voi vaikuttaa verensokereihin.

Raskauden jälkeen kaikilla haastatelluilla oli tietoa oikeanlaisesta ravitsemuksesta ja liikunnasta, heille kaikille oli myös kerrottu riskistä sairastua myöhemmin elämässään 2. tyypin diabetekseen. Tieto kohonneesta riskistä oli myös motivaationa halulle pitää itsestään huolta. Kaikki

haastateltavat tosin myönsivät, että tällä hetkellä heillä ei ole aikaa pitää itsestään niin hyvin huolta kuin haluaisivat. Haastateltavat tiedostavat koko ajan riskit 2. tyypin diabetekseen ja sen vuoksi yrittävät tehdä pieniä tekoja arkielämässä sairastumisriskin pienentämiseksi. Ateriat pyritään pitämään terveellisenä sekä saamaan liikunta edes jossain muodossa osaksi jokapäiväistä elämää. Esimerkiksi vaunulenkkeillen vauvan kanssa tai yhteiset ulkoiluhetket muun perheen kanssa. Taustalla olevat terveelliset elämäntavat helpottavat muutosta, kun muutokset ruokavaliossa ja liikunnassa eivät ole liian suuri haaste, vaan ovat kuuluneet osana elämää jo ennen raskautta. Eeva Korpi-Hyövälti on väitöskirjassaan todennut, että ravitsemusterapeutin sekä fysioterapeutin antama yksilöllinen neuvonta on odottavalle äidille hyödyllistä, joskin uuden elämäntavan omaksuminen jatkuvaksi ja pysyväksi vaatii lisätoimia (Korpi-Hyövälti 2012, 49.)

Käypähoito -suosituksen mukaan, jos raskausdiabetes on ollut ruokavaliohoitoinen, tulee sokerirasituksessa käydä yhden vuoden kuluttua synnytyksestä. Jos sairautta taas on hoidettu lääkkeellisesti, sokerirasitus on edessä jo 6-12 viikon kuluttua. Tuolloin myös annetaan elintapaohjausta, lasketaan BMI ja mitataan verenpaine. 1-3 vuoden välein tulisi käydä hoitajan vastaanotolla, oli raskausdiabeteksen hoitona kumpi tahansa. Edellä mainittujen tutkimusten lisäksi hoitajan vastaanotolla myös mitataan vyötärön ympärys, verenpaine ja seerumin lipidipitoisuus. Nämä käynnit tapahtuvat avoterveydenhuollon kautta. (Käypä hoito 2013, viitattu 6.1.2017) Saamieni tutkimustulosten mukaan jatkohoito myöhemmin raskauden jälkeen oli asianmukaista, haastatellut olivat saaneet lähetteet sokerirasitukseen. Tutkimuksessa yksi tärkeä esille noussut asia oli kuitenkin ohjauksen saaminen ja verensokereiden seuraaminen tai sen puutteellisuus jo synnytyssairaalassa ollessa. Esille nousi se, ettei verensokereista tai niiden seuraamisen tarpeellisuudesta synnytyksen jälkeen puhuttu mitään. Osassa synnytyssairaaloista oli seurattu äidin verensokereita synnytyksen jälkeisinä päivinä ja todettu niiden palautuneen normaalille tasolle. Käypähoitosuosituksen mukaan äidin verensokereita tulisi seurata 1-3 vuorokauden ajan synnytyksen jälkeen, jotta päästään selvyyteen tarvitseeko äiti vielä insuliinihoitoa. Kaikilla ei välttämättä verensokerit palaudukaan normaaliksi synnytyksen jälkeen. 2. tyypin diabeteksen ilmaantuvuus eri aineistoissa raskauden jälkeen on ollut 3-70 %, suuri vaihtelu selittyy ainakin seuranta-ajan suuresta vaihtelusta, joka on ollut ½-28 vuotta. Erityisesti raskaudenaikainen runsas painonnousu sekä synnytyksen jälkeinen ylipaino altistavat äidin 2. tyypin diabetekselle. Raskausdiabetesta sairastunut voi sairastua myös 1. tyypin diabetekseen. Ruokavaliohoitoisilla raskausdiabeetikoilla riski on noin 5 % ja insuliinihoitoisista 5-10 %. Mikäli

äidin verinäytteessä esiintyy GAD-vasta-aineita, suurentaa se riskiä sairastua 1. tyypin diabetekseen raskausdiabeteksen jälkeen. (Käypä hoito 2013, viitattu 2.3.2017)

10.2 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuuden arvioiminen on tieteellisen tutkimuksen olennainen osa, sillä sille on aina asetettu tietyt normit ja arvot, uskottavuuden perustana onkin hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 7.6.2016). Luotettavan tutkimuksen perusta on ihmisarvon kunnioittaminen. Sen vuoksi laadullisen tutkimuksen luotettavuutta nostaa myös se, että tutkijana olen selostanut tarkkaan haastateltaville tutkimuksen toteuttamisesta ja sen eri vaiheista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 25, 232.) Tutkimukseni pohjana on huolellinen perehtyminen tutkittavan asian teoretietoon, lisäksi minulla on asiasta myös omakohtaista kokemusta, jolloin osaan tarkastella asioita laajempina kokonaisuuksina ja ottaa huomioon monenlaisia asioita.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa otetaan huomioon kokonaisuus, jolloin tutkimuksessa painottuu johdonmukaisuus. Tutkimuksen uskottavuus ja siirrettävyys ovat yhdet kriteerit. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140, 138.) Tutkimuksessani olen käynyt haastatteluaineiston huolellisesti läpi sekä yrittänyt löytää sieltä kaikki asettamieni tutkimuskysymyksien kannalta merkittävät seikat. Uskon, että olen saanut haastatteluissa esille paljon olennaisia asioita ja että saamani tulokset tukevat haastattelemini äitien kokemuksia. Uskon, että myös moni raskausdiabeteksen sairastunut pystyy samaistumaan haastattelemini äitien kokemuksiin. Saamiani tuloksia ei kuitenkaan pysty yleistämään yleisellä tasolla, mutta saamani tieto on tärkeää, koska se on kokemusperäistä. Luotettavuuden arviointina käytetään myös vahvistettavuutta, jolloin tutkimustulokset tulee esittää niin, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä sekä arvioimaan sitä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139). Tutkimustulokseni kokonaisuudessaan on tarkasti sekä selkeästi esitetty ja se etenee johdonmukaisesti. Myös haastateltavien suorat lainaukset nostavat tutkimukseni luotettavuutta.

Haastattelut tapahtuivat puhelimitse tai kasvokkain, riippuen välimatkasta haastateltavan kanssa. Itse olisin suosinut mieluummin kasvokkain tapahtuvaa haastattelua, jolloin ehkä tilanteesta olisi tullut luontevampi. Teemahaastattelun yksi etu on siinä, että kerättävä aineisto koostuu haastateltavan henkilökohtaisista kokemuksista eikä haastattelijan etukäteen suunnittelemat

kysymykset ja antamat rajalliset vastausvaihtoehdot rajaa haastattelusta saatavaa aineistoa. Haastattelututkimuksessa tulee kuitenkin kiinnittää erityisesti huomiota siihen, miten kysymykset on aseteltu. Jos haastattelun kysymykset ovat liian suppeita, on haastattelija tällöin mahdollisesti antanut omien ennakkokäsitysten ja ajatusten siitä, mikä on tärkeää, vaikuttaa haastattelukysymysten laatimiseen. Kysymykset eivät taas saa olla liian laajojakaan, koska tutkimusaineiston kertyessä liian suureksi, on sieltä jätettävä jotain pois. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215-217) Huomasin, että välillä kysymykseni olivat ehkä turhan laajoja ja näin ollen aineistossa oli myös osia, jotka eivät liittyneet millään tavalla asettamiini tutkimustehtäviin.

Haastattelut tallennettiin, jonka jälkeen pyrin litteroimaan ne mahdollisimman pian. Haastattelujen hallitseminen onnistuu paremmin kun ne on muutettu tekstimuotoon (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Pystyin palaamaan aina halutessani haastatteluun eikä mikään asia ollut oman muistin varassa. Minulle itselleni oli helpompaa hoitaa yksi haastattelu kerralla litterointeineen, jotta saisin kiinni siitä, mitä haastattelusta voidaan päätellä ja vastaako se asettamiini tutkimuskysymyksiin. Samalla havainnoin sitä, oliko haastattelu onnistunut, mitä seikkoja tulee mahdollisesti huomioida tulevissa haastatteluissa ja miten voisin haastattelutilanteessa toimia paremmin. Haastateltavien omista luonteista johtuen, osan kanssa saatiin haastatteluista hyvinkin tiivis paketti, osan kanssa taas haastattelutilanteessa asia lähti rönsyilemään ja minun haastattelijana olisi pitänyt paremmin pystyä hallitsemaan haastattelun kulku. Toisaalta aihe on sinällään herkkä kun se koskettaa naisen raskautta, synnytystä ja sen jälkeistä elämää, nuo ovat kuitenkin mullistavia kokemuksia naisen elämässä. Haastatteluja litteroidessani jätin litteroimatta kohdat, joilla ei ollut merkitystä asettamieni tutkimuskysymyksiin kannalta. Ruusuvuoren, Nikanderin ja Hyvärisen (2010) mukaan aineistosta voidaan litteroida tutkimusongelman kannalta olennaiset osat, mutta valikointiperusteen tulee olla hyvin pohdittu ja perusteltu. Jätin litteroinneista pois kohtia, jossa haastateltava esimerkiksi kertoi yksityiskohtaisemmin vastasyntyneen vauvan verensokerien seurannasta sairaalassa tai ensipäivistä kotona vauvan kanssa, nämä eivät selkeästikään olleet olennaisia tutkimuskysymyksiin kannalta. Olen kokematon haastattelija ja sen mielestäni myös haastatteluista huomasin. Tosin, mitä useampi haastattelu oli takana, sen helpompi haastattelutilanteesta myös tuli ja loppua kohti haastattelumateriaalit tiivistyivät. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta neljä haastateltavaa on aika vähän, mutta toisaalta se nimenomaan keskittyy siihen, miten haastateltavat ovat asian omakohtaisesti kokeneet. Aineistosta ei kuitenkaan voi vetää vahvoja johtopäätöksiä ja tulkintoja.

Hyvän tutkimusaiheen tunnusmerkkejä ovat muun muassa sopivuus omalle alalle, oma henkilökohtainen kiinnostus valittua aihetta kohtaan sekä hyödyllisyys (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 77-78). Opinnäytetyöni aihe sopii hyvin alalleni, koska 2. tyypin diabetes yleistyy koko ajan ja suuri osa meistä terveydenhuollon ammattihenkilöistä hoitaa jossain vaiheessa kyseistä potilasryhmää. Aihe on myös hyödyllinen terveydenhuollon ammattilaisille, ei vain raskausdiabeetikkojen kanssa työskenteleville vaan myös muiden potilasryhmien ohjauksessa. Tutkimussuunnitelmaa tehdessäni tutustuin myös muihin vastaaviin tutkimuksiin. Löysin tutkimuksia, joissa oli tutkittu raskausdiabeetikkoäidin saamaa ohjausta, mutta ei niinkään sitä, millä tavalla nämä elintapamuutokset olivat toteutuneet ja mitä tekijöitä siihen liittyi. Tämä tekemäni tutkimuksen aihe myös mainittiin useamman jatkotutkimustarpeena. Oma kokemus asiasta ja kiinnostus sitä kohtaan on myös ollut suurena motivaationa tutkimusta tehdessäni. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara toteavat, että hyvän tutkimusaiheen kriteereitä ovat myös se, että siitä löytää tarpeeksi tutkittua tietoa (em. 77-79). Valitsemastani aiheesta tietoa löytyi todella paljon. Olen pyrkinytkin käyttämään lähteinä luotettavaa kirjallisuutta sekä kymmenen vuoden sisällä julkaistuja artikkeleita sekä myös kansainvälisiä julkaisuja.

10.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta tehdessäni pyrin noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen (Hirsjärvi ym. 2007, 25). Eettinen näkökulma on tärkeä osa tutkimuksen tekemistä. Tutkimuksen tulee olla sellainen, ettei se vahingoita tutkittavaa ja että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista sekä tutkimuksen voi keskeyttää niin halutessaan. Tutkimuksesta saatavat hyödyt tulee olla suuremmat kuin siitä aiheutuvien haittojen. Haastateltavan tulee pysyä myös anonyymina, häntä ei saa tunnistaa raportista. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-29, 31.) Haastateltavia varten tein kirjallisen tiedotteen, jossa oli esitietoa tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Haastateltavat allekirjoittivat myös haastattelulupalomakkeen. Vielä ennen haastattelua on käyty läpi muun muassa salassapitovelvollisuuteni sekä se, etteivät haastateltavien henkilöllisyydet paljastu missään vaiheessa ulkopuolisille. Haastateltavien kanssa on keskusteltu myös haastattelun nauhoituksesta sekä siitä, että kaikki saatu aineisto hävitetään asianmukaisesti kun sitä ei enää tutkimusta varten tarvita. Haastateltavien tunnistamiseen liittyvät tiedot on poistettu jo litterointivaiheessa. Olen kirjoittanut tutkimukseni raportin haastateltavia kunnioittaen sekä totuudenmukaisesti.

10.4 Tulosten hyödynnettävyys ja kehittämishaasteet

Tekemästäni tutkimuksesta on erityisen paljon hyötyä terveydenhuollon ammattihenkilöstölle, jotka ohjaavat raskausdiabeetikkoäitejä. Näitä ammattihenkilöitä ovat esimerkiksi neuvolan terveydenhoitaja, diabeteshoitaja sekä myös kättilöt synnytyssairaalassa. Ohjauksen antaja voi miettiä omaa tapaansa ohjauksen antamisessa sekä nimenomaan kiinnittää huomiota tutkimuksessakin esille nousseisiin tärkeisiin asioihin. Ohjauksessa ei pelkästään painotu faktat raskausdiabeteksen hoidossa ja niiden kertominen potilaalle vaan myöskin henkilökohtaisemmillä ominaisuuksilla on merkittävä vaikutus. Se, kuinka ammattihenkilö kohtelee potilasta, huomioiko hän tämän mielipiteitä ja kohtelee yksilönä, merkitsee ehkä enemmän kuin osataan ajatellakaan. Tutkimuksessani kaikki äidit olivat onnistuneet elintapamuutoksessa raskauden aikana, eli annetun ohjauksen puutteet eivät vaikuttaneet elintapamuutoksen toteutumiseen. Lähinnä kyse on enemmänkin ohjauksen laadusta ja se korostuu ehkä enemmän raskauden jälkeen saatavassa ohjauksessa, koska raskauden aikana syntymätön lapsi on kaikista suurin motivaatio. Tutkimuksessa tuli esille syntymättömän lapsen terveyden tärkeyden merkityksen omiin elintapoihin ja nämä elintavat onnistuivat, vaikka haastateltavat eivät pitäneen kaikilta osin ohjausta hyvänä. Huomionarvoista on myös se, että vaikka raskausdiabeteksessä hoidetaan ensisijaisesti odottavaa äitiä ja vauvaa, niin myös äidin tukiverkosto ja voimavarat ovat tärkeässä asemassa, varsinkin elintapamuutoksessa raskauden jälkeen ja ne tulisi myös huomioida ohjausta annettaessa.

Kehittämishaasteina näkisin myös sen, että synnytyssairaloissa olisi yhtenäiset käytännöt raskausdiabeetikkoäidin hoidon ja ohjauksen suhteen. Kaikki haastateltavat olivat saaneet kyllä tietoonsa riskin 2. tyypin diabeteksesta, mutta tutkimustuloksista ilmeni, että osalla raskausdiabetes sivuutettiin synnytyksen jälkeen eikä siitä enää synnytyssairaalassa puhuttu. Isona haasteena näen sen, että kuinka äidit saataisiin raskaudenkin jälkeen tarpeeksi motivoituneiksi huolehtimaan omasta terveydestään. Yksilöllä on tietysti vastuu aina itsestään ja omasta terveydestään, mutta voisiko myös terveydenhuolto myös jollain tavalla huomioida nämä sairastumisriskissä olevat äidit, esimerkiksi varaamalla vastaanottoajan tietyn väliajoin? Tällä hetkellä vastuu on yksinomaan äidillä itsellään ja asia voi unohtua hyvin helposti ruuhkavuosia eläessä. Hoidon jatkuvuuden varmistaminen olisi ensiarvoisen tärkeää. Eeva Korpi-Hyövältin tekemän väitöskirjan tulostenkin mukaan jälkiseuranta raskausdiabeetikkoäideillä ei nykyisellään toteudu riittävän hyvin ohjeistuksen mukaan. Parannusehdotuksina Korpi-Hyövälti mainitsee muun muassa yhteistyön parantamisen synnytyssairaalan ja perusterveydenhuollon välillä sekä

sen, että jatkossa olisi harkittava myös hyvin ylipainoisten tai raskauden jälkeen painonhallinnassa epäonnistuneiden naisten kutsumista glukoosirasisutuskokeeseen, vaikka raskausdiabetesta ei raskauden aikana olisi todettukaan. (Korpi-Hyövälti 2012, 49)

Diabetesliiton ja Diabetesliiton Yksi elämä- terveystalkoiden toteuttama D-opisto on kurssiympäristö, joka toimii kokonaan verkossa. D-opistossa on verkkokursseja niin diabeetikoille kuin läheisillekin ja tulevaisuudessa myös diabeteksen hoidon ammattilaisille. Tällä sivustolla on tarjolla myös maksuton "Raskausdiabeteksen jälkeen" -verkkovalmennus. Valmennus kestää kolme viikkoa ja tuona aikana saa hyviä vinkkejä ja neuvoja siitä miten pienilläkin teoilla voi vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa. (Diabetesliitto 2017, viitattu 8.1.2017.) Näkisin, että tällaista kurssia voisi ihan hyvin suositella jo synnyttäneelle äidille esimerkiksi neuvolassa jälkitarkastuksen yhteydessä.

Tutkimuksessa nousi esille myös vertaistuen tarve. Käytännössä tämän toteuttaminen ainakin kasvokkain tapahtuvaksi voi olla haasteellista, nimenomaan sen vuoksi, että ryhmässä olisi aika suuri vaihtuvuus. Haastateltavat kuitenkin toivat esille, että olisivat kaivanneet juttuseuraa ihmisestä, jolla on omakohtaista kokemusta samasta asiasta ja raskausdiabetesta sairastavat naiset voisivat vaihtaa ajatuksia ja jakaa kokemuksia. Facebookissa on tällä hetkellä yksi ryhmä, joka on tarkoitettu vertaistukiryhmäksi raskausdiabetesta sairastaville. Ryhmässä ei ole terveydenhuollon ammattilaista vaan ryhmä koostuu raskausdiabetesta sairastavista naisista, jotka omalla nimellään kirjoittavat kokemuksia ja kysyvät neuvoa toisiltaan. Ryhmän koko on koko ajan ollut hieman kasvussa ja ryhmä on saanut positiivista palautetta. (Facebook 2017 Raskausdiabetes - Vertaistukiryhmä, viitattu 8.1.2017.) Eräs haastattelemani äiti heittäkin ilmoille ajatuksen, että pitäisi olla jokin valtakunnallinen foorumi, jossa voisi näistä asioista keskustella ja siellä olisi myös ammattilainen vastaamassa. Raskausdiabeteksen vertaistukiryhmälle, jossa ylläpitäjänä olisivat terveydenhuollon ammattilaiset, olisi varmasti kysyntää. Se olisi myös nykyaikaa, koska koko ajan ollaan menossa siihen, että entistä enemmän asioita hoidetaan verkon kautta ja se on myös vaivattominta. Se ei myöskään vaadi tiettyä aikaa tai paikkaa vaan se on saatavilla milloin tahansa. Toimivana ideana näkisin myös ns. elämäntaparemontti-ryhmän, johon voisi osallistua äitejä, joilla raskausdiabetes on ollut, mutta raskaudesta olisi jo sen verran aikaa, että äidillä olisi lasten ja perheen puolesta mahdollisuus osallistua ja sitoutua ryhmään kunnolla, eli hänellä olisi ryhmään aikaa ja voimavaroja tarpeeksi.

10.5 Jatkotutkimusaiheet

Aikaväli kuudesta kuukaudesta yhteen vuoteen on aika lyhyt aika pysyvien elintapojen tarkasteluun, mutta tuo aikahaarukka oli taas välttämätön ohjauksen muistamisen kannalta. Olisi mielenkiintoista tietää, että miten raskausdiabetesta sairastaneiden äitien elintavat ovat pysyneet tai muuttuneen pidemmällä aikavälillä, esimerkiksi useampia vuosia synnytyksen jälkeen. Näkisin myös hyvänä tutkimusaiheena em. raskausdiabeetikkoäitien elintaparyhmää, millaisia tuloksia siinä saataisiin aikaan ja kuinka suuri merkitys onnistumiseen esimerkiksi juuri vertaistuellla ja ryhmänä toimimisella on.

LÄHTEET

American Diabetes Association 2016. What is Gestational Diabetes? Viitattu 2.3.2017

<http://www.diabetes.org/diabetes-basics/gestational/what-is-gestational-diabetes.html>

Baby Center 2017. Gestational Diabetes. Viitattu 2.3.2017

http://www.babycenter.com/0_gestational-diabetes_2058.bc?page=2#articlesection3

Diabeteshoitoon 2017. Diabetes hoitoon -sovellus. Viitattu 3.3.2017

<http://www.diabeteshoitoon.fi/diabeteksen-hoito/diabeteshoitoon-sovellus/>

Diabetesliitto 2008. Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008. Viitattu 17.10.2014.

Diabetesliitto 2012. Raskausdiabetes - pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi. 5. painos. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry

Diabetesliitto 2014. Insuliinihoito. Viitattu 20.10.2014,

http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/insuliinihoito

Diabetesliitto 2016. Mieliala ja verensokeri. Viitattu 7.1.2016,

http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/jaksaminen/mieliala_ja_verensokeri

Diabetesliitto 2014. Raskausdiabetes. Viitattu 15.10.2014,

<http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/raskausdiabetes>

Duodecim 2011. Insuliini ja sen tehtävät. Viitattu 20.10.2014,

www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/%5C%5Cwww.yyl.fi/http/www.ktl.fi/julkaisut/%5C%5C

www.emedicine.com/med/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dia01202&p_teos=dlk&p_selaus=

Duodecim 2008. Ruokavalion potilasohje (HYKS). Viitattu 15.10.2014,

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01029

Fineli 2013. Ravintotekijä: proteiini. Viitattu 17.10.2014,
<http://www.fineli.fi/component.php?compid=2230&lang=fi>

Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara, P. 2014 . Tutki ja kirjoita. 19. uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa. Turun yliopisto. Hoitotiede. Pro Gradu -tutkielma.

Kajaanin ammattikorkeakoulu 2016. Laadullisen aineiston analyysi ja tulkinta. Viitattu 6.6.2016,
<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta>

Kallunki, E. 2009. Raskausajan stressi vaikuttaa lapsen temperamenttiin. Viitattu 7.1.2017,
<http://yle.fi/uutiset/3-5262111>

Koivula, L. 2008. Raskausdiabeteksen mahdollisuus pitäisi tutkia yhä useammilta. Viitattu 14.10.2014,
http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/diabeteksen_ehkaisy/raskausdiabeteksen_mahdollisuus_pitaisi_tutkia_yha_useammilta.637.news

Korpi-Hyövälti E., 2012. Elämäntapaohjauksen merkitys raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluvilla naisilla - Syö yhden, liiku kahden puolesta. Itä-Suomen Yliopisto 2012. Viitattu 2.3.2017
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0978-7/urn_isbn_978-952-61-0978-7.pdf

Kylmä, J. & Juvakka, T, 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy

Kyngäs H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs H., Kääriäinen M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY oppimateriaalit Oy

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Oulu university press: Oulu 2007.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopistopaino: Oulu 2006.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Viitattu 2.3.2017
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96322.pdf>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 2008. Näkyykö napa - Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohankkeen toteutus ja tulokset Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 2003-2007. Viitattu 14.10.2014,
http://www.diabetes.fi/files/1000/Nakkyko_napa_-_Tyypin_2_diabeteksen_ehkaisyohjelman_toimeenpanohankkeen_toteutus_ja_tulokset_Pohjois-Pohjanmaan_shpssa_2003-2007.pdf

Raskausdiabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkarineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. Viitattu 14.11.2014,
www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50068

Raskausdiabeteksen huolellinen hoito edistää sekä odottavan äidin että syntyvän lapsen hyvinvointia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkarineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. Viitattu 15.10.2014, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00076

Rekola, T. 2014. Jyväskylän Yliopisto 2014. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ryhmäohjauksella osana perusterveydenhuollon normaalia toimintaa. Viitattu 2.3.2017
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44385/URN:NBN:fi:jyu-201410062936.pdf?sequence=1>

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Vertaistuen merkitys. Viitattu 3.3.2017 http://www.ebm-guidelines.com/dtk/Ino/avaa?p_artikkeli=Ino00049

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkarineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 Viitattu 7.1.2017, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50068#NaN>

Tarnanen K., 2013. Käypähoitosuosituksesta päivitetty potilasversio. Raskausdiabeteksen huolellinen hoito edistää sekä odottavan äidin että syntyvän lapsen hyvinvointia. Viitattu 14.10.2014, <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/khp/khp00076.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014. Äitiysneuvola. Viitattu 21.10.2014, http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/palvelut/neuvolat/aitiysneuvola

Tertti, K. 2013. Metformin in gestational diabetes mellitus. Turun Yliopisto 2013. Viitattu 31.5.2016, <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/93605/AnnalesD1093TerttiDISS.pdf?sequence=2>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 5.6.2016, http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html

Tiitinen, A. 2013. Raskausdiabetes. Viitattu 14.10.2014, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00168

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 10. uudistettu laitos. Vantaa: Tammi.

World Health Organization 2003. Adherence To Long-Term Therapies: Evidence For Action. Viitattu 3.3.2017 http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2016. Kvalitatiivisen datatiedoston käsittely. Viitattu 5.6.2016,
<http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/kvalitatiivisen-datan-kasittely.html>

Hei!

Olen pian valmistuva sairaanhoitajaopiskelija Oulun seudun ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä liittyen raskausdiabetekseen sekä sen itsehoitoon raskauden aikana ja sen jälkeen. On tutkittu, että sairastettu raskausdiabetes on huomattava riskitekijä myös aikuisiän diabeteksen puhkeamiselle myöhemmin elämässä.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvailla raskausdiabetesta sairastaneiden naisten omia kokemuksia saamastaan ohjauksesta sekä selvittää millaisia elämäntapamuutoksia nämä naiset ovat tehneet raskauden aikana ja sen jälkeen. Opinnäytetyöni tavoitteena on, että raskausdiabeetikoiden omien kokemusten kautta terveydenhuollon henkilöstö voi tarkastella oman ohjauksensa toimivuutta sekä tarvittaessa kehittää odottaville äideille antamaansa ohjausta.

Haastattelun ajankohta on syksyllä 2016 ja kysymysten teemoihin on mahdollista tutustua etukäteen. Haastattelu on luottamuksellinen eikä haastateltavien henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa ulkopuolisille. Haastattelu toteutetaan kasvokkain tai puhelimitse, kumpi tapa haastateltavalle paremmin sopii.

Haastatteluun osallistuvat henkilöt voivat myös halutessaan tutustua opinnäytetyöhön ja informoin asiasta henkilökohtaisesti sen valmistuttua.

Syksyisin yhteistyöterveisin;

Pia Möttönen

Puhelin: 0504042770

Sähköposti: h2hopi00@students.oamk.fi

HAASTATTELULUPA

16.8.2016

Haastateltavan nimi: _____

Annan Pia Möttöselle luvan haastatella minua opinnäytetyötänsä varten:

Kyllä _____

Ei _____

Paikka

____ / ____ 2016
Aika

Allekirjoitus

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Raskausaika

- Taustatiedot
- Raskausdiabeteksen toteaminen (rv, montako poikkeavaa arvoa)
- Saatu ohjaus ja sen laadukkuus (neuvola, äitiyspoliklinikka, mitä keinoja, saiko tietoa tarpeeksi)
- Ruokavaliohoitoinen vai lääkitys?
- Vauvan seurannat
- Elintapamuutosten onnistuminen, mitä muutoksia tehty ja siihen liittyviä tekijöitä
- Synnytys
- Omia ajatuksia liittyen ohjaukseen ja tehtyihin elintapamuutoksiin, mikä oli hyvää, mitä olisi voinut tehdä toisin
- Omat tuntemukset

Raskauden jälkeen

- Raskausdiabeteksen huomioiminen synnytyksen jälkeen (itse ja myös osasto+neuvola)
- Omat elintapamuutokset ja siihen liittyvät tekijät, mitkä vaikuttaa sen onnistumiseen
- Onko elintavat olleet pysyviä
- Ajatuksia 2. tyypin riskistä, omat tuntemukset ja ajatuksia asiasta
- Elintapojen muuttuminen verrattuna aikaan ennen raskautta
- Motivaatio? Aika? Voimavarat?